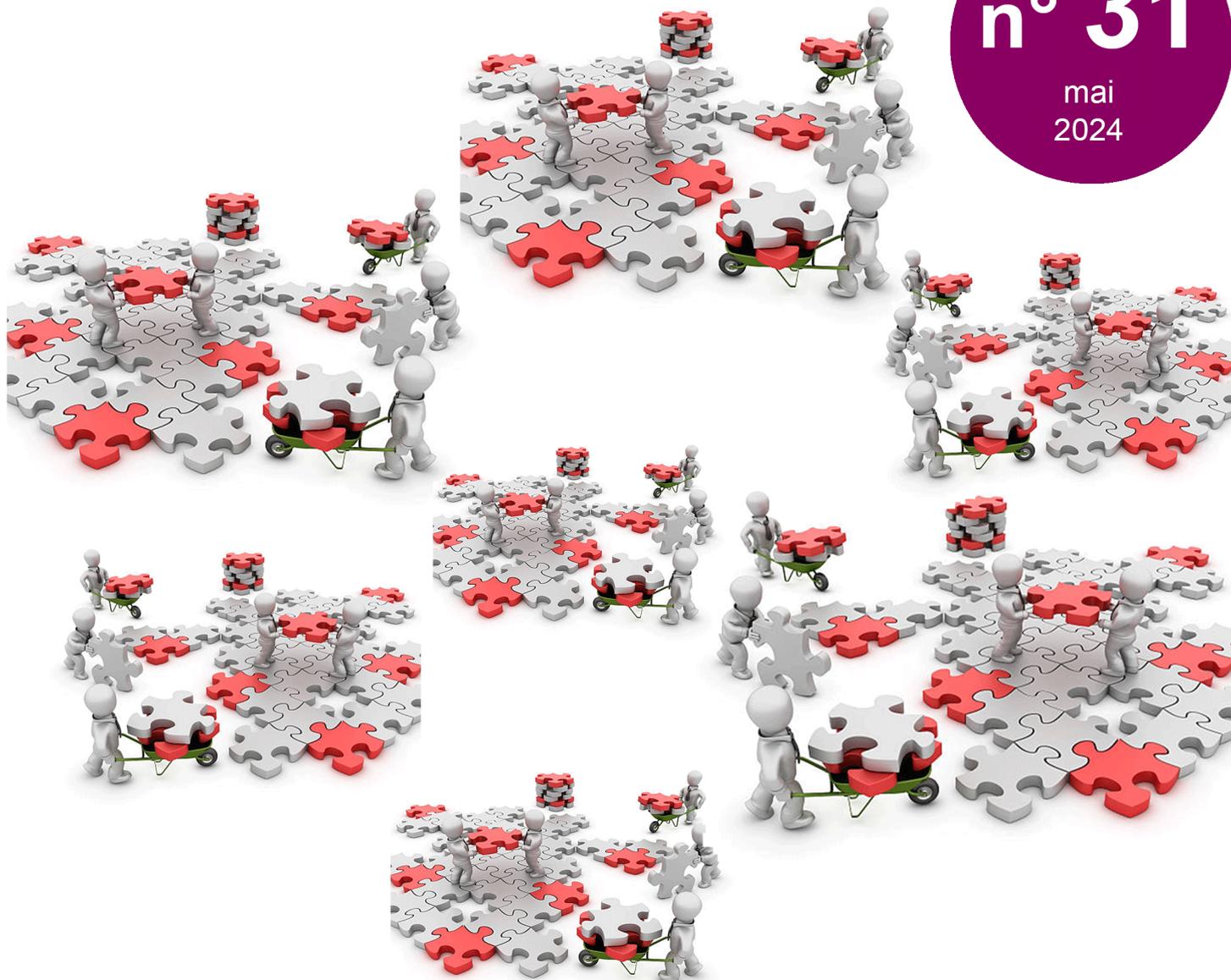


Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

n° 31

mai
2024



IDENTITE(s) PROFESSIONNELLE(s)⁽²⁾

&

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.org



SOMMAIRE

PERISCOPE l'édito de Pierre Henri Haller	p.03 & 04
TELESCOPE / LES MAUX DES MOTS	p. 05 à 13
L'Ellipse de Justin Pertinent	Etre de raison ou raison d'être p.06 à 09
Lus et rapportés de La rédaction	Inclusion, intégration, Handicap [Gabrielle Halpern] p.10
Lus et rapportés de La rédaction	Mots et parole dans le soin [Alexis Bataille Hembert] p.11 à 13
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & INNOVATION(S)	p. 14 à 17
Innovation & accélération sociale [Philippe Stévenin]	p.15 à 17
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & RECHERCHE	p. 18 à 30
• La « recherche » c'est quoi ? et c'est pour ... quoi ? et c'est comment ? [La rédaction]	p. 19
• Soutien de la recherche paramédicale (2ème partie : Retex) [La Fondation de l'Avenir]	p.20 à 24
• Structuration territoriale de la recherche clinique et l'innovation : GIRCI & GIRCI GO [Katty Guinoiseau]	p.25 à 27
• Interview de la coordinatrice du réseau GIRCI [La rédaction / Katty Guinoiseau]	p. 28 à 30
RETROSCOPE	p.31 à 66
▪ Le problème EQR +175 [Guillaume Thierry]	p.32 à 34
▪ Les champs d'application de la VO2 max, du sportif de haut niveau au patient porteur de pathologie cardiovasculaire [Servane Prieu]	p.35 à 39
▪ Kinésithérapeute & pédiatrie Hospitalière : regards sur 30 ans de pratiques [Anne Pilotij]	p.40 à 45
▪ UGECAM : établissements de réadaptation à Marseille [Yahel Kreitz et Sandrine Gouez]	p.46 à 48
▪ Centre de rééducation Richelieu CRF La Rochelle [Guillaume Lombard et Vincent Mondolo]	p.49 à 55
▪ Hôpital Jean Jaurès,; Pratiques en USP & SMR Hématologie et infectiologie [Alain Doucet & Collègues]	p.56 à 66
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & EFFECTIFS	p. 67 à 70
Détermination d'effectifs : avis de [Matthieu Guyot] expert anap, et avis du CNKS	p. 68 à 70
KALEÏDOSCOPE JNKS au CHU de NANTES & en LOIRE ATLANTIQUE	p.71 à 97
Attractivité et fidélisation au CHU de Nantes [Jean Michel Lignel]	p.72 à 75
Exercer le métier de MK au CHU de Nantes au sein de secteurs singuliers et spécifiques [Lumir Garnier]	p.76 à 80
Rééducation au CHU de Nantes au pôle psychiatrie et santé mentale [Emmanuelle Bernier]	p.81 à 85
L'HAD Nantes [Agnès Brouse]	p.86 à 91
Kinésithérapeute au sein d'un DAC [Véronique Jean]	p.92 à 97
KALEÏDOSCOPE Brèves importantes de la rédaction et offres d'emplois	p.98 à 105
ASSOSCOPE VIE du CNKS : Annonce STKS 8 & le CNKS à la JREP de la FNEK	p.106 à 111
JNKS NANTES 2024 : avant-programme & partenaires	p. 122 à 120

Directeur de publication : Pierre-Henri Haller
Rédacteurs en chef(CNKS.ORG & KINESCOPE)
Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :
Jules Barbier, Marie Blandin, Andrée Gibelin, Véronique Grattard, Julien Grouès, Servane Prieu

Photos et images libres de droit

Les grands esprits discutent des idées ;
les esprits moyens discutent des événements ;
les petits esprits discutent des gens.

Socrate

PERI L'Editorial SCOPE



Qui suis-je ?

A propos de savoirs, de modèle et subjectivité

A bien des égards, il n'est pas facile de décliner son identité.
Suis-je ce que je fais ? Suis-je ce qu'on m'a dit d'être... ou de devenir ?
Suis-je ce qu'on m'a transmis comme « savoirs » ?

A propos de savoirs J. Signeyrole écrivait (...) *Concernant les savoirs, les contenus sont liés à l'« idée » que l'on se fait d'une profession, par exemple en termes d'applicateurs ou de concepteurs. Au-delà des savoirs sur la maladie et ses effets, et la maîtrise des techniques et des approches, savoirs biomédicaux nécessaires mais insuffisants, la kinésithérapie est constituée de savoirs métissés, qui s'intéressent à une manière particulière d'envisager le corps du patient et son altération et le sien de thérapeute soignant. Ces savoirs, au-delà des initiatives isolées, des enjeux et des démonstrations, pourraient être réfléchis dans le calme et le temps au sein d'un conservatoire. (...) (1)*

Face à un sentiment constant d'urgence, et une course vers la performance est-il possible de prendre le temps de mieux connaître les savoirs qui nous constituent. De lier les contenus avec l'essence même de notre identité.

Suis-je ce que je dis que je fais ? Suis-je ce qu'on m'a transmis comme « théories » et comme « modèles » pour « dire » ce que je fais ?

A propos de théories et de modèles, J. Bergeau et Y Cottret en évoquaient sept, issus de travaux anglosaxons : (...) *Le modèle du mouvement perturbé. Hislop HJ (1975). Le modèle du processus kinésithérapique Tyni-Lenné R (1983). Le modèle du parcours d'un patient en kinésithérapie APTA (1995). La théorie du continuum de mouvement Cott CA & Co (1995). La théorie du contrôle moteur. Shumway-Cook A & Co (1995 & 2001) Le modèle des "preuves en kinésithérapie" EBP Sackett D, 1996). Di Fabio RP (2000) APTA (2001). Le modèle du "fonctionnement CIF" WHO (2001) (...) (2)*



Clarifier et relier les savoirs fondamentaux et les connaissances structurantes permettrait de mieux cerner l'objet, scientifique ou empirique, de la kinésithérapie... espérant que la profession s'entende sur les modèles porteurs de sens pour définir ses compétences.

Suis-je ce que je dis que je suis ? Suis-je objectif pour parler de ma subjectivité ?

A propos de subjectivité P. Michaud illustre la tension entre la douleur et la souffrance :
" Nous ne pouvons que constater, en tant que kinésithérapeute que ce qu'en montre ou en dit la personne. Pas de possibilité de distinguer ce qui est objectif de ce qui est subjectif. Et cela nous énerve parfois " (...). (3)

Peut-être sommes-nous entre douleur et souffrance, entre objectivité et subjectivité, à propos de ce que nous sommes. Entre ce qui est visible pour soi - accompagner par le toucher, par la voix, par le regard ...- ce qui est visible pour d'autres - « faire marcher, faire cracher » - et ce tout ce qui est invisible - "l'entre deux" des séances, la mise en jeu de besoins singuliers du patient dans une équipe plurielle -, autant de savoirs, de théories et de modèles qui se conjuguent et se métissent.

Puissions-nous trouver ensemble le temps et l'espace de ces réflexions sur nos actions.

Pierre-Henri Haller

- (1) SIGNEYROLE J. Mai 2007
- (2) BERGEAU J. COTTRET Y. Septembre 2008 https://www.cnks.org/wp-content/uploads/2021/05/kinescope_11.pdf
- (3) MICHAUD P. Juin 2003



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 interrogant. 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



ETRE DE RAISON OU RAISON D'ETRE ?

Le monde professionnel est en perpétuelle (r)évolution depuis des décennies mais plus encore depuis les accélérations technologiques et l'IA. A ce titre il oblige les professionnels à une adaptation quasi permanente. Mais le consommateur, de produits de biens et de services change aussi plus lentement mais tout aussi sûrement. L'accès à l'information - la vraie comme la fausse - change là aussi la donne. Et les opérateurs, concepteurs et distributeurs de services - quelle qu'en soit la nature y compris ceux de santé - ne peuvent ignorer ces profondes mutations sociétales car à l'évidence elles influent, façonnent, bouleversent les identités professionnelles dans tous les secteurs d'activités.

Les professionnels de santé et les professionnels de la santé s'y trouvent confrontés et plus que jamais la ou les question(s) d'identité(s) professionnelle(s) les traversent.

Tous et toutes - car ce n'est pas une question de genre - voient leurs savoirs et leurs connaissances, mais aussi leurs praxis et poiesis, leurs cultures et leurs arts, leurs certitudes et leurs croyances chahutées.

Dans le même temps que la science, les sciences avance(nt), vérifient ou dénie(nt) des intuitions et empirismes, des us et coutumes, doutes et incertitudes, méfiances et défiances, s'opposent ; chacun sa vérité ... qui permet d'échapper, de se protéger, de sublimer la réalité. L'école du doute, et donc de l'adaptabilité qui lui est nécessaire, n'a pas été forcément le quotidien des uns quand celle de la certitude est celle des autres.

Le débat du "spécifique et du transversal", du "généraliste et du spécialiste" ne date pas d'hier. Mais aujourd'hui force est de constater que, pour être en mesure de s'adapter au monde ultra mouvant, il semble devenu incontournable de cultiver des compétences qui transcendent les domaines spécifiques, qui soient applicables dans divers contextes. Et ce alors même que toute activité, toute action et toute organisation, tout service y compris celui de santé, est attendu du consommateur, bénéficiaire, patient, comme spécifique, ultra "particulier", parfaitement "personnalisé" rendant aussi incontournable la nécessité de cultiver et faire preuve de compétences qui dépassent les domaines généralistes et répondent au "spécifique".

La quadrature du cercle en quelque sorte : le savoir ratisser large et creuser profond. Tout savoir mais rien connaître ? ou vice versa ? Une des causes de la "perte de sens" ne tient-elle pas de cette injonction paradoxale d'être à la fois dépositaire de compétences transversales pour s'adapter et garant de compétences spécifiques ? A moins que ce ne soit aussi un facteur de doute identitaire ?

L'offre et la demande sont-elles "accordables" de nos jours ? A en croire les discours portés çà et là notre "profession" est/serait en capacité d'être essentielle dans tout un tas de domaines ! Pourquoi pas ; effectivement l'éventail des disciplines et des enseignements qui la forgent en formation initiale sont nombreux et protéiformes et contribuent à soutenir cet adage.

Cependant la réalité quotidienne des pratiques professionnelles mises en œuvre semble démontrer le contraire tant est - quel que soit le mode d'exercice, les lieux, du fait de la patientèle comme de la structure - à minima "fortement orientée" par pathologie, âge, techniques ... En signatures d'articles, de littérature scientifique ou de littérature grise, ou encore en titres de profils posés sur les réseaux sociaux entre autres, nombreux sont les collègues qui affichent de façon très diverses leurs expertises, spécificités, et mêmes "spécialités".

Des "spécialités", et des "spécialisations" pour lesquelles des controverses voire polémiques, intra-professionnelles, n'en finissent pas depuis des années mais dont quelques responsables d'organisations professionnelles abordent de plus en plus souvent lors de congrès y compris récemment lors du CIFPEK ou encore lors de la JREP de la FNEK il y a quelques jours.

Alors ces prodromes sont-ils annonciateurs d'une ou de nouvelle(s) évolution(s) de la profession et/ou de ses métiers ?

D'éventuelles spécialisations sont-elles souhaitables, souhaitées ou simplement fantasmées ... pour qui, pour quoi ? Qu'en pensent les bénéficiaires de soins, les autres professionnels, les médecins, les recruteurs, les tutelles ... ?

Ces dernières d'ailleurs très prudentes si on se réfère au décret "réa" qui stipule que l'équipe "non médicale" comprend "au moins" ... 3°) "Un masseur-kinésithérapeute en mesure d'intervenir sept jours sur sept dans l'unité, justifiant d'une expérience attestée en soins critiques" .

Un lieu particulier de fait mais au sein duquel les médecins eux sont des réanimateurs et les infirmières en grande partie des infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation ? Pour les mk - inclus de façon permanente ou de passage - l'exigence de "qualification" est moins grande ou plus floue. Question de vision médicale ?

Allons-nous voir aussi l'avènement de "kinésithérapeute ou de kinésithérapie pédiatrique", de "kinésithérapeute ou de kinésithérapie gériatrique", "kinésithérapeute ou de kinésithérapie neurologique" ...

L'appétence particulière, de chacun et chacune, pour un type de population, un type de pathologie, développée au cours des études, ou découverte au hasard de la prise de fonction, ou encore d'un remplacement d'un collègue en ville ou à l'hôpital, peut se révéler un puissant déterminant du sens au travail.

Disposer et développer des compétences transversales permet, selon plusieurs auteurs, adaptabilité, polyvalence, performances, leadership et évolution professionnelle du fait de la capacité à s'adapter et à prospérer dans un environnement en constante évolution.

Mais plus encore ce sont les compétences transférables qui peuvent être adaptées et appliquées à de nouveaux défis et secteurs. compétences transversales et transférables sont le moteur de l'innovation, de la croissance personnelle et de la réussite professionnelle à long terme.

La littérature sur l'identité professionnelle foisonne tant le concept " d'identité professionnelle " s'invite chez chacun par sa construction personnelle et sociale dont le cadre de travail.

L'identité professionnelle commence ainsi avec sa propre identité... Une identité pour s'identifier, être identifiable ! Cette dernière est-elle prédéterminée ? En soustrayant tout ce qui provient de la société - pensée, raison, passions, comportements ... - J-J Rousseau (1775) dans *Le discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, définit L'Homme comme un être perfectible, pas déterminé à être ceci ou cela, mais devenant ce qu'il est au fur et à mesure de son histoire, à l'occasion de ses choix.

Une thèse que Sartre (1946) conforte par " en l'homme, l'existence précède l'essence". Une philosophie qualifiable d'existentialiste, qui pose que : si "une chose est ce qu'elle est et n'est pas ce qu'elle n'est pas" l'Homme, au contraire, n'est pas ce qu'il est (son métier, dans ce cas, ne le définit pas) et il est ce qu'il n'est pas (il peut exercer un autre métier).

L'Homme peut, par ses choix, créer ce qu'il est (son existence précède son essence), il est libre, donc responsable de ce qu'il est.

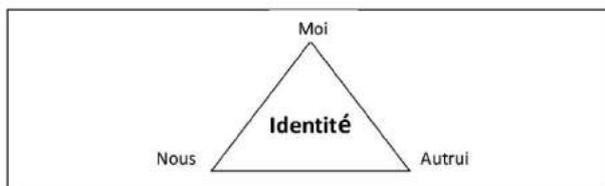
Winicott (1975) nous indique que la construction de l'idéal du moi se vit dans la relation aux autres. Goffman(1973), utilisant une métaphore théâtrale, développe l'idée que " la vie sociale est comme une scène avec ses acteurs, son public et ses coulisses " ; les acteurs endossent un voire plusieurs rôle(s) et peuvent dans la vie quotidienne contredire l'impression donnée dans la représentation. Une philosophie qualifiable d'interactionniste. Le devenir de l'individu se joue donc sur cette scène de théâtre permanent de la vie.

De ces théories philosophiques il peut être conclu que l'Homme est perfectible et libre capable de devenir une infinité de choses et donc responsable, par ses choix, de son existence et de sa destinée.

La profession et/ou le métier d'un Homme influe-t-elle, change-t-elle sa valeur ? Il est des sociétés où cela compte et d'autres où cela ne change pas intrinsèquement l'individu aux yeux des autres. Mais quand l'Homme donne, comme déterminant de son identité, une grande importance au travail c'est parce que ce dernier lui génère de la reconnaissance de la société, des autres ou de lui-même.

Ainsi l'individu est susceptible, en droit, de devenir une infinité de choses, de tenir nombre de rôles. Hasards ou synchronies, rencontres et expériences guideront plus ou moins ses choix dont celui de son activité professionnelle. En cela " l'identité " est bien une construction.

" L'identité » ou en origine latine « idem » signifie « le même ». L'identité comme « ce par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou un individu d'un autre. La différence, qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être ». Selon Dubar (2000), " *l'identité se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres*". Cf. schéma ci-après



L'identité personnelle est la résultante, tout à la fois forte et sensible, de l'interaction permanente de ces trois paramètres.

L'identité professionnelle, composante de l'identité globale, de l'identité personnelle, se construit dès lors par " *l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale* " (Gohier, 2000).

"*L'identité professionnelle est aussi une identité de métier*" (Osty, 2008). Cette identité révèle un besoin d'intégration sociale capacitaire d'une certaine reconnaissance de soi et d'un sentiment d'appartenance à une profession avec en corollaire la conformité à des normes collectives de savoirs, de pratiques, de techniques, de gestes, communs, nommés par un vocabulaire voire un jargon de corporation.

Reste, sempiternelle ritournelle, que toutes ces "communautés" et plus particulièrement celle des "savoirs" "théoriques" ou "pratiques".

Des "savoirs", érigés par la "science" et enseignés (par les porteurs d'enseignes) et y compris ces fameux savoirs, savoirs être, et savoirs faire (mais ayant oublié les savoirs devenir) ne fondent pas exclusivement la connaissance (connaissance) ; connaître, naître avec, grandir avec ... c'est expérimenter personnellement.

La connaissance est donc le fruit de vécus, d'expériences ... qui par essence restent "individuels" ; savoir l'existence - pouvoir le constater par la vue - de la lune ne permet pas à tous les humains de la connaître, de l'avoir foulée ...

Des questions demeurent :

- "l'identité professionnelle" est-elle alors collective ou individuelle ?

" *L'identité professionnelle est aussi la façon dont les différents groupes de travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs, au groupe. Elle est fondée sur des représentations collectives distinctes, et est le résultat d'une identification à l'autre, en fonction de l'investissement de soi dans les relations sociales* " (Sainsaulieu, 1985).

Dubar précise que "*l'identité professionnelle résulte de relations de pouvoir et d'appartenance à des groupes*" et souligne que la construction identitaire dépend de la reconnaissance des savoirs, des compétences et de l'image d'un individu ; résultat donc d'un processus d'identification à des collectifs et appartenance à des groupes professionnels ou non.

- comment et sur quoi se construit cette identité ? question à suivre, à explorer et à tenter de comprendre dans un prochain KINESCOPE !

Pour clôturer provisoirement ce sujet d'identité(s) professionnelle(s), à suivre dans un prochain KINESCOPE, et parce que notre profession de ré-éducateur nous ramène d'une façon ou d'une autre à l'inclusion, l'intégration et au handicap comment ne pas citer ce billet posté sur les réseaux sociaux par Gabrielle Halpern :

« Qui sait que le terme "inclusion" est dérivé du latin *inclusio*, qui signifiait "emprisonnement" [1]?

Cela renvoyait à la réclusion de l'ermite ou du moine... Or, aujourd'hui, lorsque l'on parle d'inclusion, on l'entend au sens d'intégration. Nous n'en avons pas conscience, mais cette image est terrible !

Quand un enfant naît dans une famille, est-ce vraiment d'inclusion, d'insertion ou d'intégration dont on parle? Non!

Et pour cause : quand un enfant naît, il métamorphose tout : les rapports de force, les identités de chacun, les interactions entre les parties prenantes, les relations extérieures, les regards que l'on se porte et que l'on ne se porte pas ou encore la manière dont on se situe les uns par rapport aux autres. Il n'y a pas intégration, insertion ou inclusion... Il y a hybridation[2] ! C'est-à-dire qu'il y a une rencontre, qui conduit chacun à sortir de soi-même.

Si nous prenons l'image du Centaure, - figure de l'hybridation par excellence -, c'est précisément ce qui s'est joué : l'humain et le cheval ont dû faire un pas de côté pour créer cette tierce-figure fédératrice qu'est le centaure.

Oui, il n'y a rencontre que lorsqu'il y a métamorphose de toutes les parties.

S'agissant des personnes en situation de handicap, qu'il soit physique ou mental, il serait terrible de se contenter de les inclure, comme s'ils devaient se contenter de la place qu'on voudra bien leur laisser, - en prenant à leur compte tout l'effort de l'adaptation -, pourvu que cela ne change rien à nos pratiques. Il nous faut comprendre que le vrai défi est notre capacité à accepter de faire un pas de côté et de sortir de nos bonnes vieilles cases. Le handicap de l'autre, parce qu'il sort de la norme, parce qu'il « transgresse » l'absurde case que nous nous sommes forgés, réveille notre angoisse de l'inconnu"...

[1] CNRTL

[2] Gabrielle Halpern,

« Tous centaures ! Eloge de l'hybridation », Le Pommier, 2020

**IDENTITE(S)
PROFESSIONNELLE(S)**

**au cœur des JNKS NANTES 2024
du 25 au 27 septembre
au CHU de NANTES**

Les RETEX publiés dans KINESCOPE
(dont ceux de ce numéro cf. page 32 à 66)

témoignent bien de cette diversité
de pratiques & d'identité(s) professionnelle(s).

Des maux des mots ... à propos des mots



Parler de ...
Parler au nom de ...
Parler en tant que ...
Parler comme ...
Parler sur ...
Parler pour ...

**nécessite d'écouter
& d'entendre !**

C'est le texte du flyer que notre association met en avant lors de ses différentes enquêtes auprès des professionnels ayant à cœur de recueillir les avis, suggestions, ... des principaux intéressés.

Et parce que le sens des mots est important et parce que les prononcés ou écrits "parlent", racontent et signifient KINESCOPE vous propose ci-après (comme dans le précédent numéro) un énième édito de notre collègue infirmier Alexis Bataille Hembert qui contextualise ces "mots", ces paroles, ces silences dans la relation et la prise en soin.

ÉDITO] "Encore des mots, toujours des mots..." chantait Dalida en son époque dans son titre emblématique "Paroles, paroles" 

L'art de la parole est un incontournable de la pratique des soins, les professionnels de santé le savent : faire vivre des mots, c'est enrichir la confiance ou nourrir la défiance

Pour autant, entre parler pour ne rien dire ou ne rien dire pour ne pas parler, quelles sont les limites de cet art communicationnel prenant souvent la forme d'un cruel dilemme entre des "mots faciles, des mots fragiles, des mots magiques, des mots tactiques qui sonnent faux" ? (si vous avez toujours la réf' ! )

C'est ce que je vous propose d'étudier dans #édito !

Et vous - allez, prenez la parole ! - qu'en pensez-vous ?

S'il existe bien un monde où chaque mot compte, c'est bien celui de la santé. En effet, bien avant le choc des photos, c'est surtout le poids des mots qui peut avoir une valeur, que ce soit en contexte de soins, institutionnel, voire politique. Aussi, parler pour ne rien dire et ne rien dire pour éviter de parler est un dilemme auquel sont souvent confrontés les professionnels de santé.

En soins, parler pour ne rien dire est souvent utilisé par le professionnel de santé pour "occuper l'espace", combler un vide sonore au sein duquel - pensons-nous a priori - l'anxiété et la méfiance peuvent souvent s'installer. Autrement dit, parler pour ne rien dire peut être un outil servant à apaiser, à créer du lien et à rassurer le patient. Pour autant, c'est un exercice subtil qui n'est pas sans conséquence pour la qualité relationnelle des soins. Car parler pour ne rien dire, c'est également prendre le risque de créer des malentendus, de diluer l'information importante dans un verbiage permanent, voire même de renforcer l'anxiété ou la colère du patient si le blabla est bien trop plat !

A contrario, ne rien dire pour ne pas parler en situation de soins fait également entrer le sujet dans un cercle vicieux où les "non-dits" soulèvent de la même manière de la méfiance, de l'anxiété et entraînent à terme la rupture d'un essentiel de la relation soignant-soigné : la confiance.

De fait, il est juste d'affirmer que le poids des mots est incontournable. Chaque parole doit avoir une intention de soin, un objectif de clarté et de précision. Le but ? Ne pas noyer l'essentiel dans un flot d'inutile ou, à défaut, la dissimuler derrière un épais mur de silence ; "parler beaucoup est une chose, parler à bon escient en est une autre" nous enseigne Sophocle.

Sans aucun doute, l'expérience professionnelle affermit et améliore cette compétence relationnelle, mais l'entraînement au cours de la formation initiale, en particulier grâce à la simulation en santé ou autres mises en situation, offre des cas d'usage où le futur professionnel apprend à maîtriser sa posture relationnelle. Un attendu du soignant qui est d'abord une question de savoir-être et de savoir-faire plutôt qu'une seule obligation de savoir. Parler ce n'est pas savoir dire, c'est agir en connaissance de cause. Il ne faut pas avoir peur de parler mais craindre l'impact de sa parole.

Dans le champ du leadership politique et institutionnel, la première tentation est de parler pour ne rien dire pour les mêmes raisons qu'en situation de soins : occuper l'espace. Maintenir une présence, lutter pour exister, mais sans pour autant s'engager fermement, parler pour rien dire est certes tentant mais cela est finalement vide de l'essence même de la parole, la conviction. Une volonté qui crédibilise ou décrédibilise l'autorité de celle ou celui qui "prend" cette parole par l'effet révélateur que celle-ci joue sur les arguments, les rendant flous ou très concrets pour l'auditoire. Cela agit directement sur l'auditoire avec pour effet direct de renforcer la confiance ou de le désengager totalement.

Inversement, ne rien dire pour éviter de parler dans de tels contextes, bien que cela puisse être vu comme une marque de prudence ou de réflexion, peut aussi être interprété comme une absence de direction, un manque d'engagement ou une incapacité à défendre une cause. Dans un domaine où le leadership exige clarté, vision et capacité à mobiliser, un tel silence peut être coûteux.

En soi, la solution, nous la trouvons dans notre quotidien de soins. Parole censée est parole parlée. Parole parlée est parole pensée.

Parler s'appuie sur une intuition de l'Autre qui porte celui qui prend la parole à savoir quand et pourquoi le faire tout en s'appuyant réellement sur le pendant du partage avec autrui, l'écoute active. C'est-à-dire, l'écoute réelle, objective, patiente et interactive. Sans écoute, pas de discussion, celle-ci ne nécessitant pas toujours des mots pour autant. L'art de la parole est une science de la relation où s'exprime l'être dans toutes ses dimensions. Un silence peut parfois être plus éloquent que des mots. Mieux vaut un silence riche qu'une parole pauvre.

Parler s'appuie sur une intuition de l'Autre qui porte celui qui prend la parole à savoir quand et pourquoi le faire tout en s'appuyant réellement sur le pendant du partage avec autrui, l'écoute active.

C'est-à-dire, l'écoute réelle, objective, patiente et interactive. Sans écoute, pas de discussion, celle-ci ne nécessitant pas toujours des mots pour autant. L'art de la parole est une science de la relation où s'exprime l'être dans toutes ses dimensions. Un silence peut parfois être plus éloquent que des mots. Mieux vaut un silence riche qu'une parole pauvre.

Aussi, le véritable enjeu pour les professionnels de santé est de considérer aujourd'hui que chaque mot prononcé ou silence choisi est d'abord un déterminant de Soi où l'intentionnalité vient rencontrer la maîtrise d'un art communicationnel, entre le dit et le non-dit, sachant que le choix de parler ou de se taire peut influencer sur l'environnement. Effectivement, l'art de la parole pour le professionnel de santé dépasse très largement le seul cadre soignant et revêt un caractère profondément collectif, sociétal, à l'heure où ces derniers sont des acteurs/moteurs du système de santé, démontrant toujours plus leur importance dans les parcours de santé et de soins de tous les citoyens, dans un contexte où la résilience nationale est fondamentale.

Alexis Bataille Hembert

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION



&

INNOVATION

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

L'innovation en interaction avec l'accélération sociale.

Philippe Stévenin
CDS MK
Docteur en Sciences de l'Éducation

L'innovation a toujours été présente depuis que l'homme est sur terre, c'est une condition de sa survie dans un environnement plutôt hostile, pour lequel son équipement naturel reste insuffisant pour exister de façon durable.

L'homme complète cette insuffisance physique grâce à sa capacité d'invention et d'innovation qui lui ont permis de perdurer et d'augmenter sa démographie. Innover n'est pas spécifique de l'humain mais l'amplitude des innovations dont il a su faire preuve est unique dans le monde animal.

L'innovation permet une continuité de sens, c'est un changement de forme et non pas de fond. C'est une façon de ne pas changer totalement afin que le produit de l'innovation s'inscrive dans une histoire et que son identité soit reconnue.

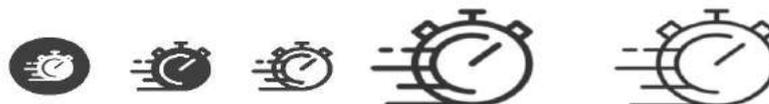
L'innovation est un instrument de la compétition car pour survivre dans la mondialité il faut être le plus rapide, il faut gagner pour être reconnu. Mais cette reconnaissance sociale ne dure qu'autant que vous êtes capables de renouveler la performance, sans compter que d'autres sont sur les rangs, prêts à vous montrer que vous êtes dépassé.



Le développement des sciences et des techniques a rendu les actions de déplacement et de communication beaucoup plus rapides qu'au début du XXe siècle. Il en résulte une impression largement répandue et répétée de ne plus avoir le temps.

Afin de ne pas être considéré comme un « ancêtre » il faut être plus rapide, il faut parler et marcher plus vite, il faut s'inscrire dans cette transformation culturelle. Toute activité vit cette accélération (y compris la musique dont le mot Jazz est une expression d'argot qui signifie rapide).

Nous sommes passés d'un temps rythmé par les saisons, les pratiques agricoles, les pratiques culturelles à une mondialisation où la compression du temps et de l'espace ont supprimé les rythmes et les pauses. Le partage des savoirs qui se réalisait sur plusieurs générations s'est trouvé en obsolescence et a cédé d'abord à la génération suivante puis à l'instantanéité offerte par internet.



La vitesse c'est aussi la capacité d'acquiescer un pouvoir.

L'innovation s'inscrit dans ce rapport au temps, et la question qui se pose alors est celle de l'accélération.

L'innovation s'inscrit aussi dans la perspective de diminuer la fatigue physique et d'améliorer le bien-être. Les machines-outils ont remplacé les burins et les marteaux, les machines à laver ont remplacé les lavoirs.



Beaucoup d'innovations sont devenues de véritables prolongements du corps humain et contribuent à « l'homme augmenté ».

Ces machines auxquelles nous faisons confiance de façon aveugle peuvent devenir des esclaves rebelles lorsqu'elles échappent à un contrôle constant, évoquant par leur excès le mythe du Golem.

L'accélération technique ou technologique n'est pas seule en cause, elle va de pair avec une accélération sociale.

L'accélération est un ingrédient de notre monde qui est à la fois apocalyptique et merveilleux par le progrès qu'il peut apporter. Apocalyptique par des technologies au service de la guerre absolue, merveilleux par l'émerveillement et la poésie des découvertes scientifiques. L'accélération conduit à l'accumulation et s'inscrit dans l'économie capitaliste, et la civilisation de l'éphémère et du jetable.

Nietzsche dans « Considérations inactuelles » affirme que l'accélération, la fluidification et la dissolution des conditions et convictions existantes ...constituent le principe de base de la culture moderne. Nietzsche croit apercevoir dans ce développement les germes du déclin et de la décadence.

Nous sommes dans un monde réduit à l'interactivité, à l'immédiateté. La démesure est une forme de pollution liée à la dégradation de la relation qui vient elle-même de l'immédiateté, de l'instantanéité, des informations. L'accélération est tellement fulgurante que les événements ne font que défiler sous nos yeux.

Les techniques du progrès nous font aller de plus en plus vite comme si on faisait « la guerre au Temps ».

Le rapport espace/temps n'est plus ce qu'il était, il est « pollué » par les nouvelles technologies. Il s'agit d'une pollution des distances, tout est immédiatement là, tout est médiatisé et c'est une forme de pollution de la relation par la médiation. Quelque chose se perd du temps pris pour la culture, tout arrive à domicile, le télétravail, l'interactivité.

Il n'y a plus d'aventure sauf pour quelques individus, passionnés et passionnants, qui vont, par exemple, prendre des photos de la panthère des neiges dans l'Himalaya. L'accélération technique et avant tout technologique, agit comme un puissant moteur du changement social.

Ainsi, les nouvelles et multiples expériences possibles qui s'offrent à nous s'accroissent à une vitesse folle. C'est pourquoi les individus expriment le fait de n'avoir pas assez de temps pour entreprendre, si bien qu'ils ont tendance à privilégier des activités engendrant des petites satisfactions à court terme (d'où le succès de l'industrie du divertissement).

L'innovation contribue à la transformation de l'humain et peut-être également à sa déshumanisation !



L'homme contemporain remonte désespérément une pente qui s'éboule (autre forme du mythe de Sisyphe). Nous fonçons pour rester à la même place, dans un présent qui fuit sans cesse.



L'homme contemporain remonte désespérément une pente qui s'éboule (autre forme du mythe de Sisyphe).

Le temps désormais s'accélère et nous dévore, comme hier Chronos et ses enfants. Pour tout faire, nous devons densifier ces moments, mais ce n'est pas possible sur la durée. Alors nous éprouvons un sentiment d'urgence, de stress...la nécessité d'accélérer encore.

La mère de toutes les valeurs est la curiosité, puisqu'elle entraîne dans son sillage toutes les autres. « Ce ne sont pas les nouvelles technologies qui nous augmenteront, mais nous-mêmes en étant curieux de tout ce que nous ne connaissons pas encore ».

Phillipe Stévenin

Petite Bibliographie conseillée

Hartmut Rosa, Accélération, Ed. La découverte, 2011
Paul Virilio, Vitesse, Ed. Le Pommier, 2019.

A noter
Phillipe Stévenin sera intervenant
aux JNKS NANTES 2024

L'INNOVATION
au cœur des JNKS NANTES 2024
au CHU de NANTES
du 25 au 27 septembre 2024



A NOTER AUSSI : un évènement dont le CNKS est partenaire

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

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

Au fait la "recherche" c'est quoi ? 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 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 sous forme de ce "dossier L'essentiel" sur la recherche, sur la recherche en kinésithérapie, la recherche par et pour les kinésithérapeutes mais aussi la recherche paramédicale interprofessionnelle et interdisciplinaire à l'instar des pratiques quotidiennes des kinésithérapeutes salariés.

" Qui dit recherche renvoie souvent aux savoirs et aux sciences " mais doit aussi et surtout " trouver intention(s), geste(s) et traces(s) dans le vécu, l'expérience de Cliniciens Chercheurs et c'est alors la connaissance "

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 et que 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.

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.

Retour d'expérience de la Bourse Avenir Recherche en Soins par Jean-Philippe Plouzenec, kinésithérapeute à KERPAPE et lauréat de la promotion 2021-2022 : « Sans avoir un mi-temps entièrement dédié, je n'aurais pas pu pousser cette réflexion aussi loin »

Pendant un an, Jean-Philippe Plouzenec a intégré le DU « Initiation à la Recherche en Soins » grâce au soutien de la Bourse Avenir Recherche en Soins (BARS). Ce dispositif unique en son genre permet aux professionnels du paramédical de se former aux fondamentaux de la recherche médicale et en santé, par l'attribution d'une bourse.

Les fonds transmis à l'établissement permettent de maintenir le poste et la rémunération du lauréat au sein de ses équipes. Le lauréat peut ainsi poursuivre ses activités professionnelles en temps partiel, tout en bénéficiant de la formation du diplôme universitaire de l'université Paris Est Créteil.

Pour Jean-Philippe Plouzennec, la BARS lui a octroyé le temps nécessaire pour se consacrer à cette formation universitaire, et de rédiger notamment un mémoire de recherche de fin d'étude. Le mémoire soutenu par Jean-Philippe a pour objet la traduction et l'adaptation d'une échelle d'évaluation de la motricité du tronc en rééducation neurologique, la *Trunk Impairment Scale*. Son travail comble un champ aveugle de la kinésithérapie, et à présent, il fait partie des références importantes sur le sujet.

Jean-Philippe Plouzennec a une formation de masso-kinésithérapie depuis 2010, d'une école de Normandie. Le métier de kinésithérapeute, qu'il a découvert par l'intermédiaire de sa conjointe, s'est imposé à lui comme une vocation. Une fois diplômé, il a pu bénéficier de la souplesse de ce métier en intégrant différentes structures (hospitalières, privées lucratives ou non lucratives), et en de nombreux endroits de France, ainsi que dans les DROM, durant 4 ans. Les premiers temps de son parcours professionnel et la diversité de ses expériences du métier lui ont permis de comprendre ce qu'il désirait en termes de conditions d'exercice de son métier. Il intégra le centre mutualiste de Kerpape, situé à Lorient, un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), spécialisé en réadaptation et rééducations fonctionnelles ainsi qu'en médecine physique et de réadaptation. Jean-Philippe travaille depuis une dizaine d'années en neurologie dans ce centre, dont il décrit l'équipe comme très dynamique.

Nous vous proposons de revenir plus en détail sur son interview, pour comprendre notamment comment la BARS s'est intégrée à son parcours et les bénéfices qu'elle a apportés pour la suite de son évolution professionnelle.

Avant la BARS, qu'avez-vous fait ?

J-P P : "Je me suis beaucoup formé, j'aime bien creuser les sujets. Notamment, en 2012, j'ai fait une première formation en recherche clinique avec une équipe de Rennes, avec des professeurs de médecine qui nous exposaient la méthodologie clinique. Cela a vraiment changé ma perspective, au-delà de la kiné, et m'a fait m'intéresser de manière plus poussée sur le fait d'avoir un regard critique par rapport aux idées reçues : « qu'est-ce que c'est un fait, une opinion personnelle, une intime conviction, qu'est-ce que c'est un consensus sur du soin ? ».

Selon moi, il ne faut pas se contenter de reproduire, sans se questionner, une technique apprise à l'école. (...) Auparavant, on apprenait la technique manuelle et la reproduction de ce qu'on fait de manière empirique, et l'evidence based practice, la médecine fondée sur les faits, nous a montré au fur et à mesure qu'il fallait savoir aller chercher les ressources et que toutes les sources n'avaient pas tout à fait le même intérêt.

J'ai fait après diverses activités dans le service de l'établissement et j'ai suivi plusieurs formations. Par exemple, j'ai obtenu un Diplôme Universitaire en neuromoteur à Créteil. Je travaille en collaboration avec une collègue qui est en thèse sur l'analyse de la marche et du mouvement. Et puis enfin, le Diplôme Universitaire que j'ai pu mener avec la BARS".

Comment vous est venu le projet de recherche développé lors de la BARS ?

J-PP : J'ai déposé un dossier à la BARS à plusieurs reprises. Parfois, je n'ai pas été sélectionné car il y avait beaucoup de dossiers ; d'autres fois, j'ai dû rétracter ma candidature pour des raisons professionnelles.

En 2021, je me retrouve à candidater à nouveau et à me poser la question de « qu'est-ce que je veux faire ? ». Et je me dis, « je veux travailler sur les exosquelettes ». Quand j'ai commencé mes recherches sur les exosquelettes, il y avait un certain nombre de données qui ressortaient mais qui n'allaient pas dans l'intérêt de poursuivre la rééducation dans ce domaine. Après avoir effectué la revue de la littérature, je suis rendu compte qu'il y avait pas mal d'approches qui avaient été analysées mais, dans mon domaine de compétence, toutes les actions autour du tronc n'étaient pas étudiées. On n'avait pas d'échelle en France qui permettait d'examiner quelles étaient les capacités du tronc, alors qu'il en existe dans les pays anglosaxons, notamment la Trunk Impairment Scale. Avec mon centre et la Fondation de l'Avenir, nous nous sommes mis d'accord pour faire œuvre commune : au lieu de faire un projet sur les exosquelettes, nous avons décidé de traduire et adapter cette échelle.

Il s'est avéré que je me suis intéressé à cette échelle parce que le tronc, pour de nombreuses raisons, me passionne particulièrement. (...) Je suis captivé par la métrologie, la science des mesures, et la capacité à mesurer les différents éléments qui font qu'une échelle est reproductible, de telle manière à ce qu'elle puisse être utilisée également dans un but de suivi clinique. Cela m'intéressait d'identifier les limites, les marges d'erreur de cette échelle, les changements minimaux cliniquement détectables.

D'autre part, je réfléchis dans ma pratique, à la fois professionnelle et personnelle, à tout ce qui est autour de l'évolution motrice, du mouvement de manière générale.

Dans pas mal de danses et d'arts martiaux, on parle de « contrôler son axe. » Quand on ne contrôle pas son axe, vous vous imaginez, notre tronc représente 50% du poids de notre corps : si on a des embardés ou des défauts de contrôle au niveau du tronc, cela peut entraîner des déséquilibres importants.

Enfin, je n'aime pas les champs aveugles non plus : comme en France on n'avait pas à proprement parler d'échelle pour mesurer les capacités axiales, le fait de disposer de cet outil-là permettait, à mon sens, au moins de nous donner l'idée de l'évolution du patient par rapport à ce référentiel. Cela conduit à vérifier nos techniques et investir le soin différemment, et plus précisément à pratiquer la rééducation sur des aspects jusque-là ignorés.

Si je ne vous donne pas d'outil pour aller vérifier quelles sont les capacités du tronc, je ne peux pas être sûr, en tant que rééducateur, que vous allez spécifiquement rééduquer les capacités de cette partie. Je ne pense pas m'être trompé dans mon objectif de recherche, car l'échelle a été utilisée parmi les échelles de critères principaux dans une cochrane¹ sur la rééducation du tronc".

Quelle est la particularité de la Trunk Impairment Scale ?

J-PP : La particularité de la [Trunk Impairment Scale] c'est que c'est la seule qui s'intéresse vraiment spécifiquement aux qualités du tronc, au-delà de la fonction sous-tendue par le tronc, c'est-à-dire, l'équilibre assis. On va vérifier par des petits mouvements simples, comment on peut contrôler le mouvement, et quelles sont les compensations pour réussir à créer et maintenir un mouvement autour du tronc.

¹ Cochrane est un organisme à but non lucratif indépendant qui produit des revues systématiques de la recherche primaire sur la santé humaine et les politiques de santé. Cet

organisme a une forte notoriété et légitimité dans le champ de la recherche médicale et en santé.

Il y avait plusieurs revues qui présentaient une quinzaine ou une vingtaine d'échelles pour l'équilibre assis, mais c'était la seule qui allait étudier ces capacités du tronc. Ce sont des actes très simples en fait : soulever une fesse, se pencher sur le côté, faire des rotations. (...) L'échelle permet de vérifier ce qui se passe au niveau du bassin, au niveau des épaules, ce qu'on appelle aussi la ceinture scapulaire, la ceinture des omoplates, la ceinture pelvienne. L'échelle permet de dissocier et de voir ce qu'il se passe, d'un côté comme de l'autre et de quoi il en retourne. Le Pr Geert Verheyden qui a créé cette échelle, l'a étudiée de 2003 à 2012, et elle est solide. Elle a été traduite à plusieurs reprises, c'était l'échelle au niveau du tronc qui était la plus traduite à l'heure actuelle. Elle existe sous 8 versions traduites de l'anglais vers d'autres langues.

Quelle fonction a eu la BARS avec le DU par rapport à votre projet ?

J-PP : " De le faire naître ! Sans avoir un mi-temps entièrement dédié à ce type de projet, je ne sais pas si j'aurais pu pousser cette réflexion aussi loin. (...) La BARS, c'est avant tout avoir la possibilité d'avoir le temps. Quand on regarde les appels à projets qui sont ouverts aujourd'hui, parfois il faut se battre pour avoir 20 000 euros. Et là, on a 40 000 euros environ², débloqués pour avoir du temps autour d'un projet, c'est énorme ! ça garantit un maintien de salaire, ça finance nos déplacements et les hôtels, par exemple.

La question du temps est vraiment cruciale, au-delà de la question financière. Il y avait des moments où j'ai pu travailler sur d'autres sujets et projets, en rapport avec mon métier, autour du laboratoire de la marche par exemple.

J'avais un mi-temps sur toute la durée de la bourse, et toutes mes matinées dédiées à la formation étaient occupées. J'avais la chance d'être très bien encadré, d'avoir un médecin avec qui je faisais des points régulièrement.

J'ai pu travailler avec un collègue qui était docteur en sciences du mouvement, qui travaille à la faculté de Rennes. Il m'a donné un bon coup de main sur tout ce qui est méthodologie. Ça m'a permis de faire du lien avec des nouveaux experts. J'ai pu rencontrer la responsable du laboratoire d'analyse du mouvement de Créteil, avec qui j'ai passé une matinée pour discuter et l'accompagner lors d'examen.

C'était super intéressant et riche de prendre ce temps-là pour communiquer avec des personnes qui ne sont pas à côté de chez vous, et dans votre quotidien de travail. C'est l'idée selon laquelle la recherche ne se fait pas tout seul, c'est quelque chose que notre responsable de formation nous disait : « on ne fait pas de la recherche chacun de son côté »".

Quels sont les apprentissages que vous avez le plus retenus et qui vous ont le plus marqué lors des enseignements du DU ?

J-PP : "Ce qui m'a beaucoup plu, et parce que je n'avais jamais été formé à ça, et qui m'intéressait, c'était la recherche qualitative. En biomédical, on ne jure que par la recherche quantitative. Le fait d'avoir des informations d'une recherche qualitative, c'est hyper intéressant.

D'avoir eu un ancien détenteur de la BARS qui a travaillé dans le champ de la nutrition, c'était passionnant d'avoir des explications sur ce qu'est la recherche-action.

² Pour la promotion 2024/2025, La bourse est de 42 000 euros par établissement. La Fondation de l'Avenir couvre essentiellement le mi-temps consacré à l'activité de

recherche dans l'établissement et le coût de la formation (environ 3 500 euros dont les droits universitaires sont éligibles avant le début de la formation).

Ça ouvre un champ des possibles pour soi et nos collègues, car le simple fait de décrire nos pratiques, avec des marqueurs, des interviews, et le projet que vous faites, c'est déjà de la recherche.

Et c'est une manière de valoriser son travail. Je pense que dans notre domaine, celui de la rééducation, on fait beaucoup de projets et on cherche des manières et des organisations plus intéressantes pour nos patients ... c'est très intéressant cette approche-là.

Se dire que potentiellement ces approches avec nos patients peuvent devenir un projet de recherche".

Qu'est-ce que la BARS

vous a permis de faire par la suite ?

J-PP : " J'ai intégré le département innovation et recherche de KERPAPE. A l'heure actuelle, j'ai un 20% pour le département, 70% de clinique et 10% alloué au laboratoire de marche. Les 20% pour le département, cela s'apparente à un travail de technicien en recherche clinique. Je fais de la lecture de protocole et de l'information auprès des services. J'aide aussi à ce que les projets de recherche se déroulent au mieux dans les services, et je participe à l'animation recherche au niveau des services. Donc, je participe activement au développement de la recherche au sein de mon établissement ".



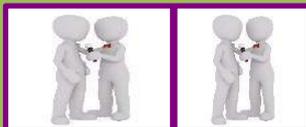
**Pour candidater à la Bourse Avenir Recherche en Soins,
rendez-vous avant le 6 juin sur le site de la Fondation de l'Avenir :**

<https://www.fondationdelavenir.org/chercheurs/appels-a-candidatures/>

ou contactez-nous à :

RIIS@fondationdelavenir.org

RetEx



**Au cœur de la recherche
Portraits, Parcours & Paroles**

STRUCTURATION (territoriale) DE LA RECHERCHE CLINIQUE et L'INNOVATION : les GIRCI

Qu'est-ce qu'un GIRCI ?

Un GIRCI est un Groupement Interrégional pour la Recherche Clinique et l'Innovation. Sur le territoire français, 7 GIRCI ont été créés suite à la CIRCULAIRE N° DGOS/PF4/2011/329 du 29 JUILLET 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique.

Les missions communes confiées sont :

- la formation et l'information des professionnels de recherche clinique,
- l'aide à la réponse aux appels d'offres européens,
- le soutien à la participation des établissements de santé non universitaires aux activités de recherche,
- l'appui à la réalisation de certaines missions spécifiques du promoteur (assurance qualité, monitoring, vigilance, élaboration et diffusion de grilles communes de coûts/surcoûts)
- la gestion d'appels d'offre interrégionaux, notamment le PHRC interrégional.

La structuration et le fonctionnement du GIRCI Grand Ouest



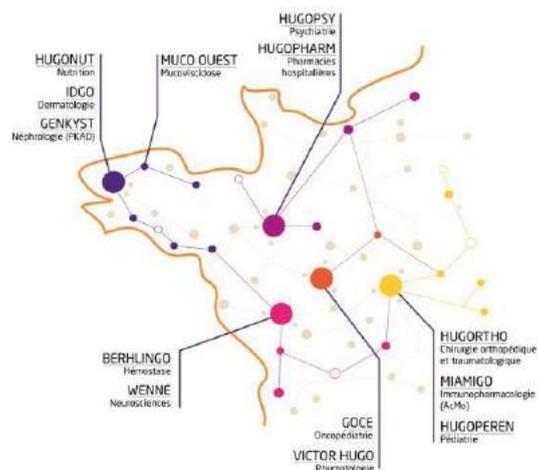
Historiquement, le GIRCI Grand Ouest, né en 2012, est issu de l'évolution de la Délégation Interrégionale de la Recherche Clinique qui avait été installée, le 9 février 2006, par la signature d'une convention constitutive associant les 6 Centres Hospitaliers Universitaires du Grand Ouest (Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours) et le Centre Hospitalier Régional d'Orléans. Ainsi, le GIRCI Grand Ouest est intégré au GCS HUGO (Groupement de Coopération Sanitaire des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest). Le GIRCI GO inscrit toute son action dans une triple obligation : promouvoir l'excellence, soutenir l'émergence et mutualiser les ressources.

Le GIRCI GO soutient également la constitution de réseaux d'investigateurs au sein d'HUGO.

Des réseaux de professionnels sont ainsi identifiés, ayant pour but d'accroître la compétitivité du Grand Ouest en matière de recherche clinique dans un champ disciplinaire donné, mais aussi de dynamiser la coopération des spécialistes dans tous leurs domaines d'activité, avec des réalisations en soins et enseignement.

Le développement du GIRCI GO a été l'opportunité de mettre en commun et de mutualiser des moyens d'appui, essentiels au développement de la recherche clinique.

Le GIRCI GO continue de créer une véritable dynamique de travail en réseau, qui s'appuie sur les compétences qui existent dans toute l'interrégion Bretagne, Pays de la Loire et Centre-Val de Loire.

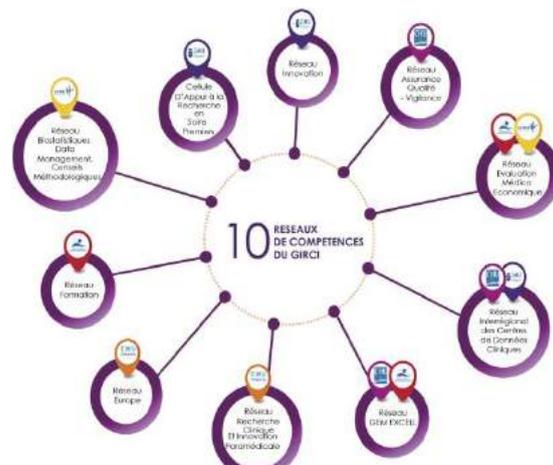


Les réseaux de compétences

Le réseau de compétence

« Recherches et Innovations paramédicales »

Mis en place en 2017 et rattaché au CHU d'Angers, le réseau a pour objectif principal de promouvoir l'implication des professionnels paramédicaux du territoire du GIRCI GO dans la recherche et de contribuer à la valorisation de leurs travaux.



Cet objectif se décline en 4 axes principaux, à savoir :

- promouvoir la recherche paramédicale au sein des réseaux d'investigateurs existants ;
- former les professionnels à la recherche et à la publication d'articles scientifiques ;
- favoriser les collaborations inter-établissements entre chercheurs paramédicaux ;
- favoriser l'émergence de projets de qualité.



Exemples d'actions

1. Webinaire de présentation de projets de recherche en soins et lectures critiques d'articles à visée méthodologique.
2. Fondateur et administrateur de l'outil e-C@RES, la première communauté digitale dédiée aux professionnels paramédicaux investis dans la recherche en soins. Un annuaire investi par les professionnels paramédicaux qui peuvent inscrire leur profil et ainsi participer au réseau. Depuis 2022, la carte interactive est modérée par le groupe des 7 GIRCI.
3. Campagnes de « recherche co-investigateurs »
4. Communication de l'activité à travers le blog larechercheparamedicale.fr et les réseaux sociaux
 - Veille sur l'activité de la recherche paramédicale sur le territoire et les ressources à disposition pour le développement de projets de recherche en soins.
 - Veille sur les appels d'offre spécifique à la recherche en soins :



Soigner, soulager, accompagner : projets de recherche
Date limite de candidature : 15 mai 2024
11 mars 2024



2024
événement qui célèbre l'excellence des travaux de recherche en sciences infirmières en France.
Prix de la Recherche en Sciences Infirmières de portée nationale
Candidatures à déposer avant le 22 mars 2024.
27 février 2024



Appel à projets GIRCI GO 2024 - Recherche Paramédicale (RPM)
Déposez votre lettre d'intention avant le 1er mars 2024
29 janvier 2024

KINESCOPE n°31 poursuit cette découverte des GIRCI en général et plus particulièrement du GIRCI GO par une interview de Katty GUINOISEAU, Coordinatrice du réseau « Recherches et Innovations Paramédicales » depuis septembre 2023.

KINESCOPE : Pour... quoi êtes-vous devenue infirmière ?

KG : « J'ai su très tôt que je voulais prendre soin des personnes et que je voulais travailler à l'hôpital ou dans l'humanitaire pour des questions de valeurs. En 3^{ème}, j'ai eu la chance de faire un stage dans un Centre Hospitalier où j'ai rencontré des personnes très accueillantes et je ne voulais plus partir, je pense que je peux dire que c'est une vocation !

Aujourd'hui, je pilote l'ensemble des projets du réseau « Recherches et Innovations Paramédicales » du GIRCI Grand Ouest avec l'aide d'Axelle Chavanon, référente paramédicale et Dominique Boosz, chargée de communication. »

« Les actions du réseau en cours sont nombreuses et nécessitent un travail d'équipe, c'est pourquoi nous avons au sein du réseau les membres du comité de projet qui participent à nos différents travaux pour répondre aux axes principaux du réseau. »

« De plus, ils sont proches du terrain ce qui permet le développement de la recherche en relevant les besoins et en communiquant sur nos actions. »

CV express

- IDE : 2006 (IPSTours)
- 2006 à 2013 :
Infirmière (CHU de Tours)
- 2011 à 2013 :
Infirmière de recherche clinique (CHU Tours)
- DCDS en 2015 (IFCS Tours)
- MASTER 1 : 2015
- 2015 à 2023 :
Cadre de santé (CHU Tours)



KINESCOPE : quels motifs vous ont amenée à vous intéresser, à vous plonger et investir ainsi dans ... la recherche ?

« Durant mon expérience professionnelle d'infirmière, je m'interrogeais quotidiennement sur la qualité des soins, comment expliquer que la réalisation d'un soin d'une façon A était plus efficace que la façon B ? Qu'en était-il de la vision du patient ? De la famille ?

Progressivement et par la réalisation d'enquêtes réalisées au sein du service dans lequel je travaillais, je me suis rapprochée de la recherche jusqu'à occuper le poste d'Infirmière de Recherche Clinique. Ce qui m'a aidé à acquérir des connaissances en termes de réglementation, organisation de la recherche clinique, mais aussi en termes de méthodologie de recherche, surtout sur le versant quantitatif à travers les différentes études que j'ai pu suivre à ce moment. J'ai réellement découvert la méthode qualitative durant mes années de formation universitaire en vue de l'obtention d'un Master. »

KINESCOPE : quelles facilités et difficultés avez-vous rencontré dans ce parcours universitaire ?

« Alors la première facilité, c'est que j'aime étudier, lire, chercher... Le questionnement a toujours fait partie de ma façon de travailler. Si j'observe un problème alors j'essaie de le résoudre, j'ai une formation initiale scientifique.

La plus grande difficulté est que ce parcours universitaire s'est fait durant mon parcours professionnel, donc en formation continue, et il est parfois difficile d'argumenter auprès de nos institutions le besoin en formation quand l'intérêt collectif n'est pas visible en première intention.

Cela nécessite du temps, de la persévérance, et de construire un projet qui ait du sens pour soi mais surtout pour le commun. Aujourd'hui, je m'aperçois que l'apprentissage par l'expérience, les savoirs expérientiels acquis par une démarche réflexive sont très riches et permettent d'aborder plusieurs concepts et disciplines à la fois ; et cela me plaît beaucoup.

Si je reprends le parcours sur une présentation chronologique, j'ai obtenu un Master 1 en 2015, puis j'ai travaillé comme cadre de santé en réanimation.

Par la suite, durant mon expérience de cadre en pédopsychiatrie, j'ai ressenti le besoin d'acquérir des connaissances théoriques spécifiques donc j'ai intégré un DU "Autisme et troubles du neurodéveloppement".

Puis, l'émergence de questions en lien avec mes responsabilités m'a orienté vers un Master 2 au département des Sciences de l'Education à l'Université de Tours à la rentrée 2023 car je voulais aborder ces questions par un travail de recherche accompagné par un directeur universitaire qui m'aiderait dans la méthodologie. »

KINESCOPE : pensez-vous possible, souhaitable utile, nécessaire, voire indispensable que parallèlement à l'avènement d'enseignants chercheurs puisse émerger une reconnaissance fonctionnelle et statutaire de " Paramédicaux Cliniciens Chercheurs "

« Oui, je pense que c'est possible et souhaitable.

Toute transformation ou évolution doit passer par un stade de reconnaissance réglementaire avec la rédaction des fiches métiers fonctionnelles et des grilles statutaires en application des Lois et des décrets en vigueur.

Les avantages sont nombreux : permettre une évolution dans un cursus universitaire pour les professionnels paramédicaux, accéder à une formation qui sera adaptée aux besoins, développer de manière plus rapide la recherche paramédicale et répondre aux enjeux de santé de demain.

Le seul inconvénient serait peut-être qu'il y ait un clivage entre les « paramédicaux universitaires » et les « paramédicaux non universitaires » au sein des équipes, et c'est pourquoi il faut aussi renforcer les lignes managériales.

Nous avons tendance à voir des périmètres de responsabilité des cadres de santé et des cadres supérieurs qui s'élargissent et cela ne permet pas d'être au cœur des équipes afin de faire vivre la cohésion.

Il faut un accompagnement au quotidien, de la communication et de l'écoute pour que chaque professionnel puisse trouver sa place. Cela passe aussi par plus de perméabilité entre l'université et le terrain, plus d'alternance.

Les enseignants des universités et les managers doivent pouvoir se rencontrer pour ne pas perdre l'essence des métiers paramédicaux. En quelque sorte l'idéal serait une triangulation entre enseignants-chercheurs, managers des soins et paramédicaux en faveur de la recherche. »

A noter
Katty Guinoiseau sera intervenante
aux JNKS NANTES 2024

LA RECHERCHE
au cœur des JNKS NANTES 2024
au CHU de NANTES
du 25 au 27 septembre

RETOURS D'EXPERIENCES RETROSCOPE



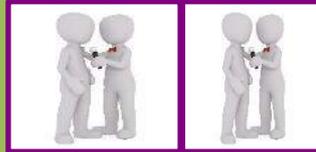
La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de rapporter

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

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



RetEx



Au cœur d'un établissement

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

Le problème EQR+175

Pour évaluer les capacités d'un patient au sein d'un programme de rééducation respiratoire, le kinésithérapeute a souvent recours au classique Test De Marche de 6 minutes (TDM6). Ce test, répertorié sous le code EQR+175 dans le Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation, consiste en une marche aller-retour sur une ligne droite et sur un terrain plat, durant laquelle le professionnel mesure les paramètres hémodynamiques et respiratoires au repos, à l'effort et pendant la récupération.

Le principal critère de réussite étant bien sûr la distance parcourue en six minutes. Avec une standardisation poussée, le TDM6 est à la fois simple et reproductible, mais rend-il suffisamment compte de toute la complexité de la physiologie et de la physiopathologie ?

En 1975, Benoit Mandelbrot, un mathématicien, publie « Les Objets Fractals: Forme, Hasard et Dimension » (1), où il explore et vulgarise la notion de géométrie fractale. Dans cet ouvrage, il détaille notamment comment la topographie du poumon parvient à optimiser la surface d'échange entre l'air et le sang, malgré l'espace restreint de la cage thoracique.

Guillaume THIERRY

2014 : Diplôme d'Etat de Kinésithérapie
2014-2020 : Kinésithérapeute libéral
2018-2019 : Référent pédagogique IFMK Dijon
Depuis 2017 : Enseignant vacataire IFMK
Depuis 2021 : Responsable Service Rééducation et Cadre de rééducation SMR neurologie locomoteur polyvalent et respiratoire (Département 50)



Bien que l'organisation de l'arbre bronchique puisse sembler désordonnée à première vue, Mandelbrot nous montre qu'elle suit en réalité un modèle fractal stochastique.

Cela signifie :

- **une auto-similarité à différentes échelles** : A l'instar célèbre modèle fractal qu'est le flocon de Koch, à mesure que les bronches se divisent, elles engendrent des branches plus petites, qui à leur tour se subdivisent, et ainsi de suite. Ainsi, l'arbre bronchique présente une forme répétée, similaire à différents niveaux entre la trachée et les alvéoles ;
- **une dimension fractale**, indiquant un certain niveau de complexité de la structure. Pour le poumon, elle est environ de 2 ;
- **un développement stochastique** ou probabiliste de cette structure : L'arbre bronchique suit statistiquement un modèle fractal, mais il laisse place à une certaine variabilité d'une ramification à l'autre.



De la topographie à la dynamique

Outre la forme du poumon, le **comportement** même du système respiratoire peut être modélisé par une fractale, tout comme de nombreux autres processus physiologiques tels que ceux du cerveau, de la locomotion, du cœur, ou encore du système vasculaire.

Une des explications tient du fait que la respiration et la marche, pour ne citer que ces deux exemples, peuvent être considérés comme des **systèmes dynamiques stochastiques**.

Ce qui signifie que le système respiratoire et la locomotion regroupent chacun un ensemble d'éléments qui va évoluer dans le temps, sous l'impulsion de diverses influences passées ou présentes, d'une manière aléatoire, évalué par une probabilité de survenue.

S'il est impossible de prévoir cette évolution précisément, il est par contre possible d'en modéliser le comportement (sa dynamique) à l'aide de la géométrie fractale. (2)

Concrètement, si je vous demande de me citer tout ce qui influence la respiration et la marche, vous aurez du mal à être exhaustif. Si, en plus, je vous demande comment vont exactement réagir la respiration ou la marche pour chaque facteur précédemment cités, vous aurez encore plus de difficultés à me répondre avec précision. Tout au plus, vous pourrez me donner une probabilité de survenue de tel ou tel comportement de ces systèmes à la suite de quelques conditions auxquels ils seront soumis initialement.

Cependant, vous pourriez plus facilement obtenir et analyser un graphique figurant la variabilité du cycle respiratoire ou du cycle de marche, lorsqu'ils réagissent à des stimuli.

Enfin, ce que nous apprend l'étude de ce type de système dynamique est que respirer et marcher pour un individu sain ne consistent pas en tant en l'adoption d'un processus rythmique, qu'en un certain niveau de variabilité dans les schémas respiratoires ou locomoteurs. (2)(3)(4)

La dimension fractale des pathologies

Les fractales sont des formes géométriques complexes, mais toutes les fractales ne sont pas complexes de la même manière. Ce degré de complexité est caractérisé par un nombre appelé "Dimension Fractale".

Dès lors, il est possible de définir, pour chaque organe dont la topographie est fractale (ici, l'arbre bronchique) et pour chaque système physiologique répondant à un comportement fractal (ici, la variabilité du rythme respiratoire et la variabilité du cycle de la marche, etc.) une "Dimension Fractale" chez le sujet sain, mais aussi chez l'individu porteur d'une pathologie. (5) Ainsi, la "Dimension Fractale" est comme un indicateur biologique, caractérisant la complexité d'une structure ou la flexibilité d'un système face aux conditions environnementales, et par extension, la capacité d'un individu à s'adapter aux stress physiologiques.

Il est fréquent d'observer qu'une diminution de la "Dimension Fractale" soit associée à un état pathologique, révélant ainsi un marqueur potentiel de la progression d'une maladie.

Dans le cas du poumon, une "Dimension Fractale" plus faible des voies aériennes est corrélée au stade de la BPCO, aux résultats du TDM6, à la qualité de vie, ainsi qu'à la mortalité ; et ce plus précocement que la spiromètre classique.

Tout se passe comme si la moindre complexité de l'arbre bronchique entraînait une altération des échanges gazeux. (6)

D'un point de vue des cycles respiratoires, une moindre variabilité de ceux-ci peut par exemple prédire des difficultés à sevrer une ventilation mécanique. (7).



Concernant la locomotion, la variabilité des cycles de marche présente un motif fractal avec lui aussi une certaine Dimension Fractale, qui tend à disparaître dans le cas de pathologies neurodégénératives (exemple : maladie de Parkinson), indiquant ainsi une difficulté pour le système de la locomotion à s'adapter aux perturbations qu'il peut rencontrer.(5)

La santé dans la variabilité

Bien sûr, effectuer une cartographie précise de la "Dimension Fractale" demande des outils avancés d'imagerie médicale, inaccessibles pour un kinésithérapeute. Mais, je vous propose de vous tourner vers des mesures plus tangibles. Lors de votre prochain TDM6, ajoutez quelques capteurs sur vos patients (capteurs de respiration, accéléromètre, gyroscope, (8)) pour mesurer leur variabilité.

Ou, à défaut, posez vous ces questions et mesurez en la portée :

- comment les cycles de respiration de votre patient fluctuent avec le temps ?
- s'ils fluctuent, le patient est-il capable de le gérer ?

- la longueur de la foulée, sa vitesse, la durée du cycle de marche varient-ils en fonction de facteurs intrinsèques ou extrinsèques au patient ? ou au contraire, ce cycle est-il particulièrement rythmé, peu enclin à la variation ?

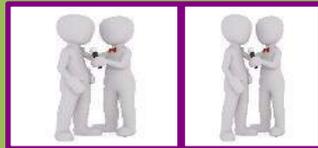
Peut-être découvrirez-vous, dans les pas hésitants d'un patient ou dans le rythme de sa respiration, quelques indices sur sa "fractalité".

Guillaume THIERRY

Bibliographie :

- (1) Mandelbrot B. Les Objets Fractals: Forme, Hasard et Dimension. FLAMMARION (20 octobre 2010)
- (2) Goldberger AL, Amaral LA, Hausdorff JM, Ivanov PCh, Peng CK, Stanley HE. Fractal dynamics in physiology: alterations with disease and aging. Proc Natl Acad Sci U S A. 2002 Feb 19;99 Suppl 1(Suppl 1):2466-72. doi:10.1073/pnas.012579499. PMID: 11875196; PMCID: PMC128562
- (3) Li P, Lim ASP, Gao L, Hu C, Yu L, Bennett DA, Buchman AS, Hu K. More random motor activity fluctuations predict incident frailty, disability, and mortality. Sci Transl Med. 2019 Oct 30;11(516):eaax1977
- (4) Korolj A, Wu HT, Radisic M. A healthy dose of chaos: Using fractal frameworks for engineering higher-fidelity biomedical systems. Biomaterials. 2019 Oct;219:119363. doi: 10.1016/j.biomaterials.2019.119363
- (5) Goldberger AL, Amaral LA, Hausdorff JM, Ivanov PCh, Peng CK, Stanley HE. Fractal dynamics in physiology: alterations with disease and aging. Proc Natl Acad Sci U S A. 2002 Feb 19;99 Suppl 1(Suppl 1):2466-72. doi: 10.1073/pnas.012579499. PMID: 11875196; PMCID: PMC128562
- (6) Korolj A, Wu HT, Radisic M. A healthy dose of chaos: Using fractal frameworks for engineering higher-fidelity biomedical systems. Biomaterials. 2019 Oct;219:119363. doi: 10.1016/j.biomaterials.2019.119363
- (7) Seely AJ, Bravi A, Herry C, Green G, Longtin A, Ramsay T, Fergusson D, McIntyre L, Kubelik D, Maziak DE, Ferguson N, Brown SM, Mehta S, Martin C, Rubenfeld G, Jacono FJ, Clifford G, Fazekas A, Marshall J; Canadian Critical Care Trials Group (CCCTG). Do heart and respiratory rate variability improve prediction of extubation outcomes in critically ill patients? Crit Care. 2014
- (8) Storm FA, Cesareo A, Reni G, Biffi E. Wearable Inertial Sensors to Assess Gait during the 6- Minute Walk Test: A Systematic Review. Sensors (Basel). 2020 May 6;20(9):2660

RetEx



Au cœur d'un établissement

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles



Les champs d'application de la VO₂ max, du sportif de haut niveau au patient porteur de pathologie cardiovasculaire.

La VO₂ max ou consommation maximale d'oxygène est un des facteurs clef de la physiologie de l'exercice.

La réalisation d'une épreuve d'effort métabolique (couplée à l'analyse des échanges respiratoires) permet d'obtenir des indicateurs précis et objectifs à propos des capacités d'effort d'un individu.

À l'heure actuelle la relation qui lie l'intensité de l'effort fourni à la consommation d'oxygène nécessaire pour réaliser cet effort est bien connue chez le sujet sédentaire. Les prédictions de VO₂ max sont donc relativement fiables dans une population sédentaire saine, à partir d'une épreuve d'effort maximale ou sous-maximale sans mesure des échanges gazeux.

Cette corrélation ne se retrouve plus chez des individus dont le coût énergétique n'est plus conventionnel. Il n'est alors plus possible d'estimer ou de prédire avec fiabilité la VO₂max de ces derniers.

Servane PRIEU
CDS MK

Juin 2024 : **DIU**

réadaptation cardiaque

Juillet 2017 à ce jour :

cadre de rééducation

Hôpital Léon Bérard

Juin 2017 : **Master 2** en

SHS

Juin 2017 : **DCDS**

Avril 2016 : **Diplôme en ostéopathie équine**

Septembre 2014 : **MK Hôpital Léon Bérard (Hyères)**

Février 2012 : **MK Hôpital Renée Sabran (Hyères)**

Juillet 2011 : **MK CH Saint Pierre (La Réunion)**

Octobre 2009 : **MK CRF La Roseraie (Montfaucon)**

Juillet 2008 : **MK en libéral**

Juin 2008 : **DE MK**



Ainsi au sein de ces deux populations totalement opposées que sont les sportifs de haut niveau et les patients porteurs de pathologies cardiaques, du fait de leur fonction cardiorespiratoire ainsi que de leur métabolisme atypique, la prédiction de VO₂max à partir de l'intensité de l'exercice n'est plus crédible.

Et pour des raisons totalement différentes, une imprécision de cette mesure dans ces deux populations, peut entraîner des conséquences non négligeables.

Si les paramètres mesurés lors de cet examen sont des indicateurs fins de performance pour la plupart des sports de locomotion, il sont également à l'heure actuelle des indicateurs de suivi majeurs en termes de mortalité et de morbidité chez les patients porteurs de pathologie cardiovasculaire.

Ainsi, la VO₂ max trouve des intérêts multiples mêlant des indications et pronostics entre santé cardiovasculaire ; mais également capacité d'endurance et de performance dans le milieu sportif.

Définition

La VO₂, exprimée en mL/min/kg, représente la consommation d'oxygène que le corps utilise, ou est en mesure d'utiliser, au repos et au cours d'un effort intense (Gibelin, Carré, Scarlatti, 2019). C'est le reflet d'un système intégré poumon/cœur/vaisseaux/ muscles périphériques, qui permet de mesurer les capacités d'un individu à absorber, transporter et utiliser l'oxygène. La VO₂ (encore appelé « le VO₂ », car il s'agit d'un débit de consommation d'O₂) permet de déterminer la capacité aérobie fonctionnelle de cet individu.

Elle est à ce jour devenue la référence en termes de mesure de condition cardiorespiratoire non invasive.

L'équation de Fick, permet d'objectiver cette mesure. La consommation d'oxygène (VO₂) est le résultat du produit du débit cardiaque (fréquence cardiaque * volume d'éjection systolique) et de la différence de la teneur en oxygène artérioveineuse :

$$VO_2 = (FC * VES) \times (CaO_2 - CaVO_2).$$

Les quatre paramètres principaux influençant la VO₂max sont :

- >La perfusion alvéolaire
- >Le débit cardiaque
- >La capacité de transport de l'oxygène dans le sang
- >La capacité d'extraction et d'utilisation de l'oxygène par le système périphérique

Historique et évolution du concept de VO₂ max.

Les premiers motifs d'intérêt et premières mesures de la consommation maximale d'oxygène ont débuté il y a maintenant 100 ans. Le concept de VO₂ max a été implanté par l'anglais Archibald Vivian HILL. En 1923, Hill et Lupton décrivent un « plateau » dans la consommation maximale d'oxygène.

Les premières publications concernent les résultats de l'équipe des rameurs d'Oxford en 1924.

Les conditions matérielles d'analyses de l'époque ne permettaient alors évidemment pas d'en faire une mesure de routine.

L'intérêt vis-à-vis de la mesure de la VO₂ max réapparaît après guerre, avec les travaux d'une équipe nordique (Astrand et Rhodahl). Ils présentent notamment la VO₂ max comme étant un facteur limitant de la performance suite à l'étude et la publication des résultats des équipes nationales suédoises homme et femme.

Les résultats de ces mesures effectuées dans les années 1960 ont longtemps été les seules références opposables.

Depuis les années 80/90, la réalisation de cet examen a pu être démocratisée et pratiquée auprès de nombreux sportifs.

Au fil des années, plusieurs études ont démontré un intérêt parfois limité à mesurer la VO₂ max chez un sportif de haut niveau.

En effet la corrélation entre le niveau de VO₂ max et les performances ne serait établie que dans certains sports avec notamment un recrutement en filière aérobie.

Toutefois, la question de l'intérêt du VO₂max chez les sportifs de haut niveau est plus complexe qu'il n'y paraît.

En effet, ces études et ces mesures ont également permis de mettre en évidence que les paramètres relevés lors du déroulement de l'examen de VO₂max étaient des indicateurs précieux, notamment lors des paliers sous maximaux.

Plus précisément, la valeur du seuil anaérobie ainsi que les valeurs qui lui font référence (la puissance, la vitesse de l'exercice, la fréquence cardiaque) présentent un intérêt tout particulier.

Il a ainsi été démontré chez des coureurs de 1500 mètres, 5000 mètres et marathoniens que c'est bien la valeur du seuil anaérobie qui explique les différences de performance et non les valeurs de VO₂ max. (Jousselin, 2006).

A titre indicatif, Selon les abaques la VO₂ max des hommes se situe entre 40 et 50 ml/min/kg, tandis que celui des femmes est compris entre 35 et 45 ml/min/kg. Chez les individus sportifs de haut niveau, ces valeurs peuvent aller au-delà des 70 ml/min/kg pour les hommes et 60 ml/min/kg pour les femmes. (Shvartz, Reibold, 1990)

Les facteurs limitant de l'augmentation de la VO₂ sont assez hétérogènes et varient selon les sujets. Chez les sujets sains le facteur limitant peut être cardiaque mais également périphérique, notamment chez des sujets sédentaires ou très déconditionnés. Chez le sportif de haut niveau, le facteur limitant est en général d'origine pulmonaire. (Cohen Solal, Carré, 2016).

Chez les patients porteurs de pathologie cardiovasculaire, et en particulier les insuffisants cardiaques très déconditionnés, on retrouve deux principaux facteurs limitants.

Le premier concerne l'incapacité à augmenter le débit cardiaque à l'effort ; le second est plus en lien avec le déconditionnement périphérique. Le déconditionnement périphérique représente une part non négligeable dans le résultat de VO₂. Et c'est précisément dans ce registre que l'expertise du masseur kinésithérapeute tient une place importante dans l'accompagnement du réentraînement à l'effort de ces patients ; puisqu'il est démontré que l'amélioration de la performance cardiaque (centrale) ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration de la tolérance à l'exercice. (Tabet, 2015)

Ainsi, si la VO₂ max a d'abord été un moyen d'évaluer la performance du sportif, et utilisée comme « support » de programmation de ses entraînements ; son utilisation dans le domaine du soin et plus particulièrement dans le suivi des pathologies cardiaques occupe une place de plus en plus considérable en particulier dans les services de rééducation cardiovasculaire.

Dans la même idée que chez le sujet sportif de haut niveau, l'intérêt de la mesure du VO₂ max chez les patients porteurs de pathologie cardiovasculaire, et notamment dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, ne réside pas uniquement dans la mesure du plateau de VO₂ max, ou plutôt pic VO₂ dans cette population.

Les mesures intermédiaires recueillies lors de la réalisation de l'examen fournissent également de nombreuses informations. Dans ce contexte, la réalisation de cet examen présente deux intérêts majeurs.

D'une part fournir une évaluation sur la tolérance à l'effort des différentes thérapies et, d'autre part donner une valeur pronostique de morbi-mortalité, participant à la décision lors de l'inscription sur liste de greffe.

Les principales mesures calculées lors de ce test, et intéressant l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire pour la prise en charge du patient sont les suivantes :

➤ Le pic de VO₂

Sa valeur pronostique est reconnue depuis de nombreuses années. Un seuil inférieur à 14ml/min/kg (et inférieur à 11-12 ml/min/kg sous bêtabloquants) est considéré comme un argument majeur pour une inscription sur liste de greffe cardiaque.

L'évolution de ce pic au cours du temps est également un élément pronostique. Son augmentation est associée à un pronostic favorable, chaque gain de 3.5 ml.min.kg (soit l'équivalent de 1 MET) à l'issue d'une rééducation diminue de 12% le risque de récurrence d'accident cardiovasculaire. (Myers et al. NEJM 2002).

➤ Les seuils ventilatoires

Le premier seuil ventilatoire (SV1), correspond à la première cassure dans la cinétique de la ventilation lors d'un effort croissant, il est considéré comme « un marqueur de la périphérie ». Physiologiquement, il correspond à « l'insuffisance » du système aérobie.

Un SV1 prématuré signe le degré de déconditionnement périphérique du patient et en général une dégradation de sa qualité de vie du fait de l'inadaptation à l'effort, de dyspnée. Il est considéré qu'un SV1 inférieur à 40% du VO₂ max théorique indique un déconditionnement musculaire périphérique et a contrario un SV1 supérieur à 50% du VO₂ max théorique en fin de réadaptation signe un bon reconditionnement musculaire périphérique. Ce seuil va permettre de mettre en place de manière précise les premiers réentraînements continus du patient, en confort ventilatoire et en deçà de son ressenti de fatigue et de douleur musculaire.

Le deuxième seuil ventilatoire (SV2), correspond à la seconde cassure dans la cinétique de la ventilation lors d'un effort croissant, en lien avec l'état d'acidose métabolique. Le SV2, quand il est atteint, va permettre de proposer une autre alternative d'entraînement au patient, l'interval training. Plus ludique que le continu, l'efficacité de l'un par rapport à l'autre n'est à ce jour pas démontrée.

➤ La pente VE/VCO₂, la puissance circulatoire, le pouls d'oxygène, le temps de récupération de la VO₂ et les oscillations respiratoires,

sont autant de paramètres qui permettent de donner un pronostic de morbi-mortalité et de quantifier la gravité de l'insuffisance cardiaque.

Si la mesure du pic de VO₂ demeure le gold standard, l'ensemble des mesures relevées lors de ces épreuves tiennent une place importante d'un point de vue pronostique. D'autant plus qu'elles demeurent valables lors de tests sous maximaux, lorsque le pic ne peut pas être atteint.

Conclusion

La VO2 max représente donc un indicateur puissant et fiable de santé cardiovasculaire et même de santé au sens large. Ce test global de la capacité cardiorespiratoire d'un individu reflète l'ensemble du système de transport de l'oxygène depuis les poumons jusqu'aux muscles squelettiques.

Cette mesure objective présente des avantages non négligeables par rapport à d'autres méthodes (le plus souvent effectuées au repos) pour deux populations plutôt opposées: le patient porteur de pathologie cardiaque et le sportif de haut niveau.

Dans le premier cas, la VO2 va permettre d'évaluer la sévérité de l'atteinte cardiovasculaire et d'intégrer les informations pronostiques majeures ; permettant de guider la thérapeutique à suivre et en particulier d'évaluer le programme du réentraînement à l'effort ainsi que les résultats de la réadaptation. Les symptômes de l'intolérance à l'effort (dyspnée, fatigue) étant le résultat d'une interaction complexe entre des mécanismes provenant des composants centraux et périphériques du système de transport de l'oxygène.

Dans le second cas, elle permet d'apprécier et d'objectiver le niveau de capacités physiques notamment dans l'exercice maximal et ainsi de guider l'entraînement afin d'optimiser les performances.

Concernant le sujet "sain", le message de santé publique au sujet de la pratique régulière d'une activité physique se vérifie de manière pragmatique via le résultat de VO2 et notamment via les corrélations démontrées entre la VO2 et la santé cardiovasculaire. À partir de 30 ans la VO2 max décroît d'environ 1 % par année, en lien avec des facteurs centraux et périphériques. La diminution de la capacité du cœur dans sa fonction de « pompe », associée à la réduction de la masse musculaire contribue à cette décroissance. Cependant cette baisse de la VO2 max reste limitée chez les individus qui continuent à pratiquer une activité physique de manière régulière.

Servane PRIEU,
CDS MK

Bibliographie :

Cardiopulmonary Exercise Testing, What Is its Value ? Marco Guazzi, MD, PHD,^a Francesco Bandera, MD, PHD,^a Cemal Ozemek, PHD,^b David Systrom, MD,^{c,d} Ross Arena, PHD^b *Journal of the American College of Cardiology* vol. 70, no. 13, 2017 ^a 2017 by the American College of Cardiology Foundation published by Elsevier

Dr Jean-Yves Tabet, Pr Alain Cohen-Solal, Pr François Carré, *revue Cardio et sport* n°34, janvier 2013.

HAL Id: hal-02063700 <https://insep.hal.science/hal-02063700>
Submitted on 20 Mar 2019

Eric Jousset. *Qu'apporte le VO2max chez un sportif ?*. *Cardio & sport*, 2006, 9, pp.31-34. [ffhal02063700f](https://hal02063700f)

P Gibelin, F Carré, D Scarlatti. *L'épreuve d'effort cardiorespiratoire*. Med Line Editions. 2019.

Alain Cohen-Solal, François Carré. *Guide pratique des épreuves d'effort cardiorespiratoires*. Elsevier Masson, 2016

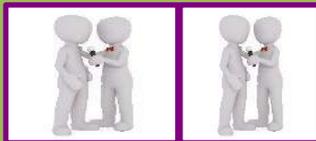
A noter

Servane Prieu sera
intervenante aux JNKS 2024

KINESITHERAPIE SALARIEE & CARDIO-RESPIRATOIRE

au programme des JNKS NANTES 2024 du 25 au 27 septembre

RetEx



Au cœur d'un établissement

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

KINESITHERAPEUTE & PEDIATRIE HOSPITALIERE : REGARD SUR 30 ANS DE PRATIQUES & D'EVOLUTIONS

KINESCOPE : pour commencer quelques mots sur votre carrière et sur cet établissement emblématique

Anne Pilotti : "J'exerce en tant que masseur-kinésithérapeute à l'hôpital Robert Debré, depuis 1993, et depuis janvier 2020, en tant que Cadre du service de rééducation fonctionnelle.

L'hôpital Robert Debré, situé dans le 19ème arrondissement de Paris, est un centre hospitalo-universitaire pour la mère et l'enfant qui a été inauguré en 1988. Il dispose d'une surface de plus de 80.000m².

Le nombre de lits est passé de plus de 500, lors de l'ouverture, à environ 381 lits et 77 places d'hôpital de jour en 2023.

C'est l'hôpital mère-enfant le plus important de France, en nombre de passages aux urgences. Il comprend 40 services différents dont des laboratoires, des services d'hospitalisation et de consultation. Il y a plus de 2700 agents qui travaillent dans cet hôpital".

Anne Pilotti

- 1993 DEMK
- 2016 PhD Sc de l'Education et de la Formation
- 2021 Référent recherche paramédicale DMU innov RDB
- 2021 Cadre de santé 2021



K : et concernant plus précisément l'équipe de rééducation

A.P. : " Au sous-sol de l'établissement, à l'étage des consultations se trouve le service de rééducation qui regroupe aujourd'hui 17 masseurs-kinésithérapeutes, une psychomotricienne, 2 aides-soignantes, une secrétaire et une cadre.

A l'origine le service de rééducation comportait une salle de fabrication de siège moulé pour enfant et une petite piscine pour la rééducation, avec un grand gymnase.

Au cours des années le service a été amputé de ses grandes salles au profit de box de consultation de médecine. Et récemment une plateforme de la marche a été construite dans le service.

Chaque Masseur-kinésithérapeute est référent d'un ou deux services de soins et remplace ses collègues dans d'autres services en fonction des absences.

La continuité des soins est assurée le week-end pour les soins qui le nécessitent, par 2 ou 3 MKs, selon les périodes, sur tout l'hôpital. Certains enfants sont suivis en consultations externes par les masseurs-kinésithérapeutes qui le souhaitent ".

K : La Kinésithérapie en pédiatrie en début de carrière est-elle facile ?

AP : "Lorsque j'ai commencé à travailler à l'hôpital Robert Debré, en octobre 1993, mon service d'affectation était l'hématologie. Je sortais du diplôme, j'avais travaillé 2 mois dans un hôpital d'adulte et je découvrais la pédiatrie. Ce service était difficile émotionnellement mais l'intégration auprès des infirmières et aides-soignantes a été tout aussi ardue. Il a fallu presque 3 mois avant que les infirmières répondent à mon « Bonjour ». Elles étaient débordées, avaient beaucoup de patients très lourds, et également des manipulations complexes de chimiothérapies. La plupart des enfants avaient des leucémies ou des lymphomes, mais nous avons également des enfants porteurs du SIDA.

Mon premier petit patient qui est décédé, après une longue agonie, enfin une agonie qui m'a paru interminable, est partie le 25 décembre 1993, 2 mois après mon arrivée. Nous avons fêté son anniversaire, 2 semaines avant son départ, alors que sa conscience commençait à nous quitter.

Quelques mois après, mon supérieur hiérarchique, de l'époque, m'affecte dans le service de cancérologie, en plus de l'hématologie. Là, ce fut pour moi un véritable choc, encore plus difficile que l'hématologie, j'ai d'ailleurs demandé rapidement de ne plus être référente de ce service. La douleur des enfants en cancérologie m'était intolérable.

Je me suis rendue compte qu'il y avait une réelle différence de prise en charge de la douleur entre les services mais surtout avec l'adulte et cela a évolué avec les années".

K : La douleur en pédiatrie une découverte ? c'est à dire ... ?

AP : "Le service d'hématologie venait de recevoir des pompes à morphine. Et tous les soignants du service étaient attentifs à la douleur des enfants. Tandis qu'en cancérologie les enfants avaient des cancers souvent très agressifs et des traitements très lourds et certains de ces enfants souffraient. Je me souviens d'une patiente en fin de vie, hospitalisée dans ce service qui endurait une douleur insupportable.

Une infirmière d'hématologie avait proposé à l'interne de lui amener, avec l'accord de sa cadre, une pompe à morphine d'hématologie et de lui en expliquer le fonctionnement. Le médecin de cancérologie avait refusé, arguant que l'enfant risquait de faire des « pauses respiratoires ».

Annequin¹ explique, les freins à l'utilisation de certaines machines anti-douleurs par "La peur d'un accident mortel par une dépression respiratoire due à un surdosage a longtemps hanté les esprits de nombreux médecins (...).

Ce risque a longtemps été mis en avant pour ne pas utiliser le produit". C'est exactement ce que nous vivons sur le terrain. Toutefois j'ai vu évoluer la prise en compte de la douleur de l'enfant, ainsi que sa prévention avec la crème Emla, l'hypnose et l'utilisation du Méopa notamment chez les enfants drépanocytaires.

L'évolution des connaissances et des thérapeutiques obligent les soignants à modifier constamment leurs pratiques. Aujourd'hui la prévention de la douleur de l'enfant est une des préoccupations de chaque soignant.

Récemment, j'ai eu une discussion avec une de mes collègues sur l'utilisation du sucre pour un nouveau-né lors d'un soin de Masso-kinésithérapie.

En effet le sucre est maintenant utilisé également pour diminuer la douleur chez le nouveau-néⁱⁱ.

Dorénavant la prise en charge d'un enfant n'est plus seulement centrée sur la maladie mais c'est une prise en charge plus systémique qui prends en compte la familleⁱⁱⁱ et le confort de l'enfant ".

K : Et du côté de la néonatalogie ?

AP : "Le confort de l'enfant est une nouvelle étape. Nous ne sommes plus seulement, en 2024, dans le soin mais plutôt dans le care, le « prendre soin ». L'apparition d'oreillette jaune sur les petites oreilles des enfants en réanimation néonatalogie en est la preuve. Au début de ma carrière, on nous demandait de ne rien poser sur les couveuses car cela faisait caisse de résonance. Aujourd'hui il existe, dans certains services, des cache-oreilles qui protègent les nourrissons du bruit mais également un appareil de monitoring^{iv} du bruit qui indique si les sons, dans la chambre de l'enfant, dépassent un certain seuil.

D'autres évolutions participent à cette prise en charge holistique. Les masseurs-kinésithérapeutes de l'hôpital ont développé une rééducation de l'oralité notamment en néonatalogie^v. Cela n'a pas été sans une certaine résistance de la part de professionnels qui résumaient cela à « donner des biberons ». Mais petit à petit cette rééducation s'est diffusée en ORL puis dans d'autres services.

La formation s'est faite en interne entre masseurs-kinésithérapeutes car au départ il y avait peu de formation externe, aujourd'hui cette prise en charge est répandue.

Le travail d'ailleurs en interdisciplinarité est capital pour cette rééducation, c'est un travail d'équipe.

Masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, aide-soignante et enfin parents doivent œuvrer dans le même sens avec des pratiques qui s'améliorent constamment".

K : Cette interprofessionnalité, interdisciplinarité est désormais acquise ?

AP : " Le travail avec d'autres professionnels est également impacté par la création depuis quelques années des groupes d'ETP. D'abord création autour de l'asthme, puis de la mucoviscidose, puis des enfants ayant une trachéotomie, maintenant une scoliose et aujourd'hui un groupe d'ETP autour de l'accompagnement de la parentalité d'enfant ayant des troubles neurologiques. Même si certains groupes ne font pas réellement de l'éducation thérapeutique du patient, ils facilitent le travail entre professionnels et améliorent la connaissance des différentes professions. Cela va dans le sens d'une prise en charge plus globale du patient, dans laquelle il exprime ses besoins.

Il y a également une équipe pluridisciplinaire très active à l'hôpital Robert Debré dans laquelle les masseurs-kinésithérapeutes ont un rôle très important, c'est le Centre de ressource et de compétences pour la mucoviscidose (CRCM)".

K : quid des changements de pratiques en kinésithérapie respiratoire ?

AP : " La prise en charge des enfants porteurs de mucoviscidoses était en 1993 importante et faite par toute l'équipe de masseurs-kinésithérapeutes de l'hôpital Robert Debré. Lorsqu'un de ces enfants était en attente de greffe, il était souvent très encombré et il fallait le désencombrer plusieurs fois par jour. Les membres de l'équipe de rééducation se relayaient y compris les Week-end. Les séances étaient longues et souvent très fatigantes pour les enfants, en 1993 la technique pratiquée était l'AFE.

Le CRCM a été mis en place à l'hôpital Robert Debré en 2002 et a permis une meilleure connaissance de la maladie et des différentes prises en charge dont la rééducation ventilatoire. Petit à petit les Masseurs kinésithérapeutes du CRCM ont introduit le drainage autogène, moins fatigant pour l'enfant et efficace.

Aujourd'hui la découverte du Kafrio a considérablement amélioré la vie de beaucoup d'enfants porteurs d'une certaine forme de mucoviscidose. Pour ces enfants la prise en charge en Masso-kinésithérapie est tournée surtout sur la prévention et sur l'éducation. Comme ce médicament est assez récent, les professionnels se rendent compte qu'il améliore de manière significative l'état des patients mais n'éradique pas la maladie.

Et tous les enfants ne peuvent pas bénéficier de ce traitement, cela dépend des gènes atteints.

En parallèle nous avons une autre activité primordiale avec une autre pathologie respiratoire : la bronchiolite.

En 1993 l'épidémie de bronchiolite était importante. Le plan bronchiolite n'existait pas encore et l'hôpital était submergé par ces bébés porteurs du virus.

La technique de désencombrement que nous utilisions était l'AFE (accélération du flux expiratoire), nous faisons les séances de kinésithérapie respiratoire à la chaîne. Les hivers étaient rudes et épuisants. Le service de pédiatrie générale ainsi que 2 autres services étaient consacrés à cette prise en charge. Les week-ends des enfants qui n'avaient pas de prise en charge en libéral venaient encore plus engorger le service des urgences et nous étions débordés.

La création d'un réseau ville-hôpital, puis du réseau bronchiolite a modifié les choses en harmonisant les pratiques, en facilitant le suivi des enfants et en créant une liste de professionnels de garde de week-end.

En 2009, la technique de **drainage autogène** fait polémique, et le cadre de rééducation de l'époque refuse que cette technique soit utilisée à l'hôpital Robert Debré. Sous la pression des Masseurs-kinésithérapeutes du CRCM cette technique prend de l'ampleur^{vi} et aujourd'hui la plupart des masseurs-kinésithérapeutes de l'hôpital connaissent les 2 techniques qu'ils utilisent en fonction des besoins des patients.

Gros coup d'arrêt en 2020 avec le COVID et surtout **l'HAS** : la kinésithérapie respiratoire chez l'enfant porteur de bronchiolite ainsi que la désobstruction des voies aériennes supérieures « ne sont pas recommandées » par manque de preuve de leur efficacité.

L'activité des masseurs-kinésithérapeutes a chuté fortement et des services, comme la pédiatrie générale, sont passés d'une quasi-totalité de prescription de Kinésithérapie respiratoire en hiver à des prescriptions tournées vers des bilans et des prises en charge motrices.

Pour certains professionnels ce passage a été dur et même déstabilisant. Nous avons eu l'impression qu'il existait une incompréhension de notre travail. Les parents venaient nous voir en nous demandant de faire la kinésithérapie respiratoire à leur enfant car leur premier enfant avait eu une bronchiolite mais ils ne comprenaient pas pourquoi leur médecin avait refusé de faire une prescription. Aujourd'hui en 2023 un vaccin contre la bronchiolite a été mis au point ".

K : Pourquoi, ou Pour ... quoi travailler en pédiatrie ?

AP : " Cette question est souvent une question qu'on nous pose mais je pense qu'il y a autant de réponses que de personnalités.

La pédiatrie est peu enseignée en formation initiale et souvent les stagiaires viennent avec un peu d'appréhension, en pensant que le relationnel avec l'enfant et sa famille est difficile : " Ah bon ! je dois parler au bébé ? mais il ne me comprend pas ? Il ne répond pas ? je lui dis quoi ? "

Après cette phase de questionnement, il y a souvent une phase d'étonnement en voyant des professionnels parler aux nourrissons, chanter, rire, jouer et quelquefois danser en hématologie pour faire bouger les enfants.

Ensuite vient une phase de découverte technique, une technique qui se voit : mettre une main sur l'avant du pied avec un pouce le long de la colonne du 1, les 4 et 5 doigts sous le cuboïde, etc...

et une technique plus difficile à déceler : quand le professionnel joue avec cet enfant à faire des tours de cube, il travaille en réalité la préhension et les mouvements du coude et de l'épaule.

Le jeu cache une technique ou des techniques. Il y a les techniques de soins, relationnelles, d'observations et de traductions.

La pédiatrie peut être déstabilisante car il faut inventer et innover pour obtenir la participation de l'enfant et surtout il faut observer car comme l'enfant ne parle pas c'est son corps et ses attitudes qui vont nous renseigner sur la douleur ou sur un problème plus central. L'enfant ne peut pas toujours nous dire où il a mal, c'est à nous de décrypter ses comportements. Il s'agit d'un véritable travail de détective, mais c'est tellement passionnant d'observer ces enfants évoluer. Quelle chance de travailler avec ces enfants et familles, qui nous font confiance en nous laissant prendre soin de ce qu'ils ont de plus précieux ".

Moi ce que j'aime dans la masso-kinésithérapie en pédiatrie se sont les relations humaines très fortes que l'on a avec les enfants et les familles. Il faut observer, analyser et communiquer avec les yeux, la voix et les mains.

On rit beaucoup, on chante, on pleure quelquefois, nous utilisons la technique pour servir au mieux les patients mais surtout le contact peau à peau est capital. Tous les soignants n'ont pas cette chance. C'est ce que j'aime dans ma profession, même si je suis tout à fait consciente que ce peau à peau est loin de faire l'unanimité et que beaucoup de mes collègues ne touchent plus

K : Et comment voyez vous les profondes modifications de formations mais aussi de pratiques liées tant aux progrès scientifiques que technologiques et numériques ...

AP : " C'est, comme tous les progrès et évolutions du monde moderne depuis l'ère industrielle : du bon, du très bon mais aussi du mauvais, voire très mauvais ... un peu tel Janus au double visage : des portes et des passages qui s'ouvrent et que se ferment, des opportunités et des menaces.

Les plateformes de la marche, d'analyse de la marche, les exosquelettes, la simulation ... et tant d'autres applications, de systèmes de suivi à distance et d'intelligence artificielle ... autant de formidables inventions et de mise à disposition bénéfiques pour les patients mais qui obligent les professionnels à questionner et adapter leurs pratiques.

Pour moi il y a urgence à questionner la question du " Hands on ou Hands off " ? de notre exercice ... collectivement au sein de la profession mais plus généralement des professions de rééducation et à se préparer et se mobiliser pour accompagner ces accélérations des innovations ".

Pour aller plus loin

¹ Annequin, D. (2004) Du bon usage de la morphine. *Enfances & Psy*, N°25

¹ B. Stevens et al. (2016) Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*

¹ Sébastien Rouget, Mylène Mollier, Katty Scharff (2018) Accueillir les parents en service de pédiatrie, *Enfances 1 psys* (n°79) pages 40 à 50

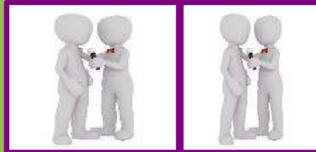
¹.

C. Degorre, L. Ghyselen, L. Barcat, L. Dégrugilliers, G. Kongolo, A. Leké, P. Tourneux (2017) Nuisances sonores en réanimation néonatale : impact d'un outil de monitoring. *Archive de pédiatrie*

¹ Touzet (2017) Prise en charge des troubles de l'oralité en néonatalogie

¹ > Géraldine Brialix, Antonia Vital (2010) La Kinésithérapie, une éternelle remise en question, *kinésithérapeutes* (75), *kinéscope*

RetEx



Au cœur d'un établissement

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

UGE CAM : ETABLISSEMENTS de READAPTATION à MARSEILLE

Pour répondre aux besoins de santé de l'après-guerre, l'Assurance Maladie développe en 1945 une offre de soins au sein d'établissements sanitaires et médico-sociaux. La loi portant sur la réforme hospitalière de 1991 et les Ordonnances de 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée ont permis à l'Assurance Maladie d'être représentée au sein des instances décisionnelles des Agences régionales de l'hospitalisation.

Dès lors, pour renforcer la lisibilité de l'offre de santé sur le territoire, une séparation juridique des établissements de santé et des Caisses d'Assurance maladie gestionnaires devenait nécessaire. C'est la mise en place des UGECAM en 2000.

Organismes de droit privé à but non lucratif, les UGECAM gèrent des **Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC)** de l'Assurance Maladie. Treize **Unions pour la Gestion des Etablissements des Caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM)** sont ainsi créées entre 1998 et 2000, dont **l'UGECAM PACA et CORSE**.



L'UGECAM PACA et CORSE déploie ses activités de soins, de rééducation et de réinsertion sur toute la région. Elle gère **23 structures sanitaires et médico-sociales** relevant de l'Assurance maladie.

L'établissement sanitaire implanté à Marseille est réparti sur 2 sites de prise en charge en soins médicaux et de réadaptation :

- **l'Institut Universitaire de Réadaptation (IUR) Valmante Sud**
- **le CSMR Valmante - Hôpital Européen**

Chiffres clés pour l'année 2022 :

- 155 lits et 85 places
- 1358 patients accueillis
- 265 ETP CDI/CDD au total
- 70 ETP sur les plateaux techniques dont **30 ETP masseurs-kinésithérapeutes**

L'établissement assure la prise en charge spécialisée dans le traitement des affections du **système nerveux** et de **l'appareil locomoteur** pour des patients adultes en hospitalisation complète, de semaine et de jour.

Les plateaux techniques sont spécialisés et adaptés aux besoins de rééducation comprenant des espaces de balnéothérapie, gymnase, des salles de kinésithérapie, d'ergothérapie, un atelier d'appareillage facilitant la prise en charge précoce des personnes présentant une amputation ...

Ils disposent également de nombreux **équipements robotiques**. Ainsi, les patients ont accès à des dispositifs innovants qui leur permettent de récupérer une certaine autonomie, et ce plus efficacement. Toutefois, le robot ne supprime pas une rééducation conventionnelle, il s'y associe et l'amplifie.



La recherche et l'innovation sur la robotique au sein de l'IUR Valmante Sud est un axe central du partenariat entre l'UGECAM, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille et l'Université d'Aix-Marseille.

Une étude menée par les équipes à l'IUR Valmante Sud a permis d'obtenir des résultats très probants sur l'association de la robotique au traitement de la spasticité par injection de toxine botulique. Cet article a été publié récemment dans les Annales de Médecine Physique et de Réadaptation, l'une des meilleures revues mondiales dans ce domaine.

Les établissements de l'UGECAM participent depuis de nombreuses années à la recherche en sciences de la santé comme centre investigateur. L'organisation de la recherche scientifique médicale et paramédicale est bénéfique dans le cadre de l'attractivité de ces établissements et de l'innovation.

Créer une commission et devenir promoteur de la recherche contribuent à établir des normes élevées pour les soins de santé en fournissant des conseils d'experts sur les pratiques et les protocoles cliniques. En encourageant la recherche de haute qualité, l'établissement renforce sa réputation et sa visibilité dans la communauté scientifique, médicale et universitaire.

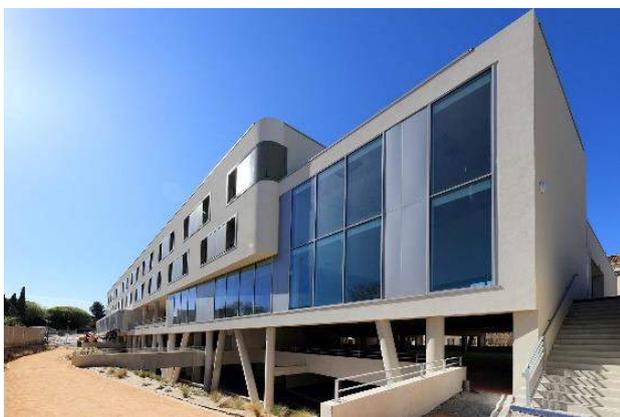
La commission scientifique de recherche est créée en février 2023 et se nomme **IRIS²** : Instance de Recherche et d'Innovation en Science de la Santé.

Le promoteur de la recherche en sciences de la santé est l'UGECAM PACA Corse, représenté par sa Directrice Générale, qui initie et finance des projets de recherche dans le domaine de la médecine et des sciences de la santé. Le promoteur est impliqué dans toutes les phases de la recherche, depuis la conception et la planification de l'étude jusqu'à la collecte de données, l'analyse des résultats et la publication des conclusions. Le rôle de promoteur de recherche en sciences de la santé est important pour assurer la qualité et l'intégrité de la recherche. Il doit veiller à ce que les études soient menées dans le respect des protocoles de recherche éthiques et réglementaires, garantir la sécurité des participants à l'étude, assurer la qualité des données recueillies et s'assurer que les résultats de la recherche sont publiés de manière transparente.

Intégré dans différentes filières de prise en charge, l'établissement fait figure d'expert sur le territoire et dispose également d'une **équipe mobile de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)** depuis 2022.

L'équipe intervient auprès de personnes atteintes de pathologies neurologiques ou d'affections de l'appareil locomoteur. Elle évalue, formule des recommandations, donne des conseils et coordonne la réadaptation grâce à la spécialisation et la pluridisciplinarité de ses professionnels. Elle sécurise les parcours de soins et de vie des personnes en situation de handicap, en intervenant à toutes les étapes du parcours lorsque des difficultés fonctionnelles dans la vie quotidienne sont engendrées par leur état de santé.

Ainsi à Marseille, l'offre sanitaire du groupe UGECAM développe des programmes spécialisés de rééducation et de réadaptation pour permettre aux adultes en situation de handicap de retrouver leur autonomie dans le respect de leur projet de vie. Le groupe UGECAM vise à inscrire l'établissement dans la mise en œuvre de la gradation des soins, en cohérence avec les expertises détenues et les besoins du territoire.



Yahel Kreitz, cadre de santé, CSMR Valmante

&

Sandrine Gouez, Directrice des soins en rééducation

Parcours professionnel : 30 ans d'exercice professionnel dans le secteur sanitaire :

- Masseur-Kinésithérapeute : 10 ans d'exercice libéral et salarié (secteur privé et public)
- Cadre et Cadre Supérieur de santé : 19 ans dans la Fonction Publique Hospitalière
- Directrice des soins en Rééducation 1 an au sein du groupe UGECAM



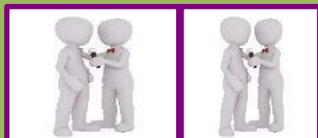
Vous souhaitez mettre vos compétences au service des autres et travailler dans un environnement où le patient est au centre de l'attention ?

adressez votre candidature :
IUR Valmante SUD, Service recrutement
42 boulevard de la Gaye 13 009 Marseille
grp.recrutement.pacac@ugecam.assurance-maladie.fr

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR CORSE
UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

Rejoignez un acteur de santé reconnu !

RetEx

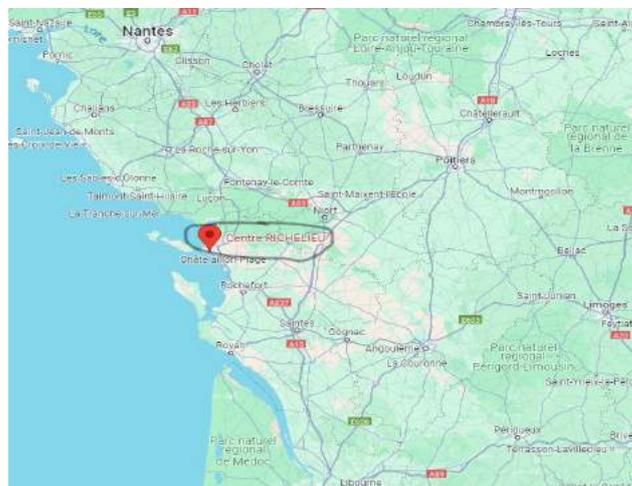


Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

Le Centre de rééducation Richelieu Croix Rouge à la Rochelle (17)



Établissement privé à but non lucratif de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) pour adultes situé à La Rochelle (17) en région Nouvelle-Aquitaine, nous avons la chance d'évoluer dans un cadre de travail exceptionnel. Situé à 130 km au sud de Nantes, 200 km au nord de Bordeaux et 140 km au sud-ouest de Poitiers, il occupe une place singulière/particulière dans l'offre sanitaire à orientation *rééducation et réadaptation fonctionnelle en couvrant le territoire de la Charente Maritime ~ Vendée ~ Deux-Sèvres*. Il fait partie des 10 établissements de SMR de la CROIX-ROUGE française. Il est intégré à la région Grand-Ouest de la filière sanitaire.



Les quatre axes prioritaires des établissements sanitaires Croix Rouge sont :

- inscrire les établissements dans les réformes des politiques publiques ;
- contribuer à la performance financière des établissements ;
- développer la qualité des pratiques et des prises en charge ;
- intégrer l'innovation au service des parcours.

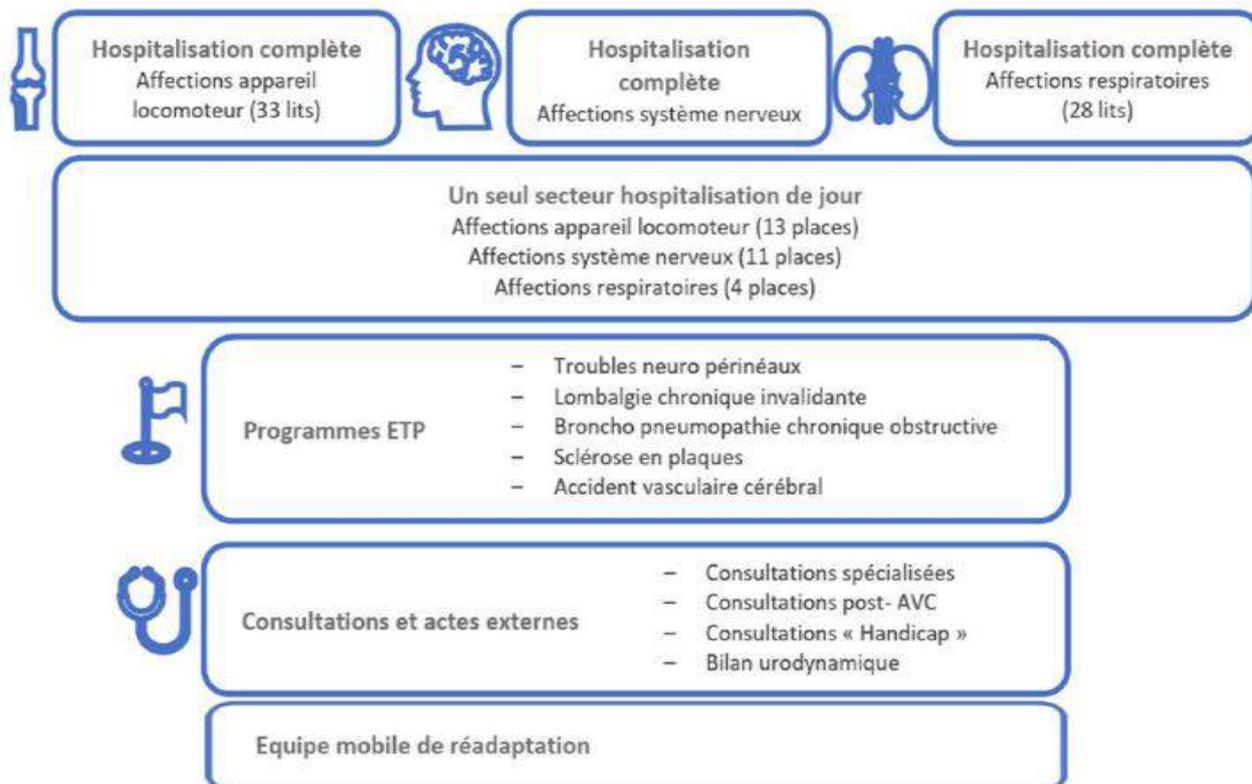
Le directoire est composé d'un directeur général d'établissement, Mr Jean-Charles ERNY, d'une directrice des soins, récemment nommée, Mme Françoise Chesnet, et d'un directeur médical Mr le Dr Hachemi MEKLAT.. Un Directeur Territorial, Mr Karl Hausknost, supervise notre centre ainsi que d'autres centres Croix rouge du territoire.

Les autorisations/les unités

L'offre de soins, centrée sur les Adultes est composée par :

- 3 services de SMR spécialisés en hospitalisation complète (HC) ;
- 1 service de SMR en Hospitalisation à Temps Partiel ;
- 1 équipe mobile de réadaptation ;
- des consultations externes.

ACTIVITÉS ET AUTORISATIONS



Le schéma suivant, issu du Projet d'Établissement (PE) 2021-2025, représente les activités et autorisations du Centre Richelieu. A noter, la spécificité du Centre Richelieu où les patients blessés médullaires sont hospitalisés dans l'unité locomoteur et pour laquelle une expertise nous est reconnue.

Activités connexes:

Il y a quelques mois, depuis septembre 2023, a débuté le projet Autonom / Article 51 (déploiement d'une équipe mobile sur le traitement de l'HDA) celui-ci s'est concrétisé d'abord par des formations auprès des structures médico-sociales partenaires puis des interventions dans les Ehpad, Fam (aide au bon positionnement, ténonomie, injection de toxine,...).

Depuis peu, le Centre Richelieu est aussi reconnu comme Maison Sport Santé : c'est à dire un Centre de Ressources et d'Informations regroupant les professionnels de la santé et les professionnels du sport pour faciliter l'accès à la pratique d'activité physique et sportive et activité physique adaptée (notamment sur prescription du médecin).

Il existe aussi, une fois par mois la consultation du handicap où un chirurgien orthopédique, le Professeur DE NORMANDIE, et un neurochirurgien, le Professeur RIGOUARD, s'associent aux médecins MPR pour réaliser des consultations d'expertise sur des cas cliniques complexes. Ensemble, ils déterminent avec le patient la meilleure stratégie concernant son handicap.



Organisation générale

Architecturalement, il est constitué de 2 bâtiments récents encadrant le bâtiment historique, ceux-ci sont répartis sur un parc donnant face à la mer avec vue sur le port des Minimes et les tours Richelieu.

Le parc possède un monument historique (statue de la vierge) ce qui explique parfois le passage de touristes à la recherche de l'édifice, au milieu des patients qui viennent profiter de la vue et de l'air marin.

Ces 3 bâtiments sont dévolus à différentes activités :

- 1 bâtiment principal dans lequel se situent l'accueil, l'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP), le plateau technique de rééducation, la balnéothérapie et 2 étages de SMR (unité Neurologie au 1er étage, Unité Locomoteur au 2ème).
- 1 autre bâtiment avec un autre service de SMR (Unité Respiratoire)
- 1 villa (bâtiment initial) dans laquelle se concentrent les bureaux de la Direction, des Ressources Humaines, des salles de réunion et des logements accessibles aux professionnels et stagiaires.

Chaque unité possède son personnel dédié spécifique.

○ Effectifs de rééducateurs

L'équipe de professionnels est constituée par :

- 3 infirmières dont une responsable d'équipe sur l'htp ;
- 1 cadre de rééducation ;
- 4,2 ETP Enseignants en Activité Physique Adaptée ;
- 15,5 ETP masseur-kinésithérapeutes dont un responsable d'équipe ;
- 6.79 ETP ergothérapeutes ;
- 0.8 ETP agent de balnéothérapie ;
- 1,5 ETP brancardier ;
- 1.9 ETP orthophonistes ;
- 0,4 ETP diététicienne ;
- 1.85 ETP neuropsychologues

L'équipe pluri-professionnelle intervient transversalement sur les différents services d'Hospitalisation Complète et d'Hospitalisation à Temps Partiel.

Les rééducateurs sont répartis par services de SMR spécialisés en rééducation neurologique, locomoteur et respiratoire.

o La kinésithérapie sur le PTR:

Les 15,5 ETP kinésithérapeutes sont répartis sur les 4 unités (3HC et 1 HDJ), selon cette organisation:

- ❖ 6 en HC Neurologie
- ❖ 4.5 en HC Locomoteur
- ❖ 2 en HC respiratoire
- ❖ 2 en HTP
- ❖ 1 kiné/remplaçant pool

L'organisation optimale des effectifs (malheureusement pas toujours au complet) est assurée par le responsable d'équipe, Vincent Mondolo, et moi-même.

A part les kinésithérapeutes de l'unité respiratoire, qui ont une organisation spécifique, liée à l'historique de cette unité, les autres collègues travaillent 37h par semaine (bénéfice de 12 RTT par an) sur le mode horaire : 8h30 à 12h12 et 13h30 à 17h12.

Sur ces horaires, les séances des patients s'organisent de 9h à 12h puis de 13h30 à 17h, le temps restant étant dévolu à du temps administratif (mises à jour dossiers ou réunions pluridisciplinaires)

Il existe un roulement de thérapeutes concernant les MKDE de l'hôpital de jour, celui-ci a été mis en place suite au remaniement organisationnel de l'HDJ (suite à l'épidémie de COVID).

Nous avons proposé un changement de MKDE tous les 4 mois avec 1 MKDE provenant de l'unité LOCO et l'autre de l'unité de NEURO, le remplacement d'un MKDE s'effectue en décalé par rapport à l'autre pour permettre un meilleur suivi des patients et une adaptation plus confortable du MKDE nouvellement arrivé.

Ce roulement est sous tendu par certaines contraintes spécifiques de l'organisation de l'HTP :

- un rythme plus soutenu: avec un nombre de patients par MKDE très supérieurs à celui des unités HC et de ce fait un travail administratif plus conséquent.
- le profil des patients mélangé (Locomoteur/Neurologie/Respiratoire) ainsi que l'existence de plusieurs programmes ETP à pathologie variée (AVC/SEP / Lombalgiques / Troubles neuro-respiratoires) et programme hors ETP (Parkinson).
- la nécessité de connaître les pathologies et les profils des patients, car en travail en flux tendu, sans possibilité d'absence des MKDE de l'HTP, ce sont les collègues d'HC qui assurent les remplacements au pied levé .

Mode de fonctionnement

des séances de kinésithérapie selon unité

Les unités HC locomoteur et neurologie fonctionnent sur le même type d'organisation, à savoir lorsque nous sommes à effectif complet, 7 à 8 patients à gérer par thérapeute et par jour à raison d'au plus 2 séances de 45 minutes à 1h.

A côté de ces séances individuelles, nous proposons des activités de groupe sous forme d'atelier telles que : danse/ qi gong /équilibre mais aussi des ateliers co-encadrés avec nos collègues ergothérapeutes ou EAPA tels que l'atelier fauteuil roulant.

L'unité respiratoire s'articule autour d'un modèle différent en mixant séances de groupe/séances individuelles, les deux kinésithérapeutes de l'unité respiratoire alternant chaque semaine entre ces deux modes de prise en soins.

Les réunions et moments d'échanges transdisciplinaires :

L'approche rééducative globale des patients, permise par l'hospitalisation en centre de rééducation, nécessite des temps de coordinations et d'échanges entre les différents protagonistes évoluant autour et pour le patient, ce sont aussi et surtout des temps organisationnels et informationnels:

Nous fonctionnons principalement autour de 4 temps réguliers, qui sont :

- les **réunions /Staff** tous les jours qui débutent les matinées à 8h30, et où un thérapeute représentant le PTR est présent. Ceci permet d'échanger avec nos collègues médicaux et soignants sur les problématiques des patients rencontrées depuis la soirée, mais aussi d'aborder les consultations externes du jour et de décrire le cas clinique des patients entrants ;

- les **consultations pluridisciplinaires**, toutes les semaines pour les thérapeutes, où en présence du patient et de l'ensemble des professionnels accompagnant le patient dans sa rééducation, est réalisée une photo à l'instant t des progrès du patient et les objectifs futurs. Ces consultations ont lieu toutes les 2 semaines pour les patients ;

- Les **réunions pluridisciplinaires** du vendredi matin, toutes les semaines d'une durée de 45 minutes. Au cours de celle-ci est évoquée :

- la météo du jour , reflet de l'humeur des équipes au sein de l'unité ;
- les patients entrants et leur répartition par thérapeute et donc la charge de travail ;
- les problématiques des patients ;

- la planification des projets thérapeutiques
- les informations institutionnelles sur les manifestations à venir ou celles passées (formations/sorties culturelles et sportives/démonstrations) et les présents et absents ainsi que les remplaçants pour la semaine à venir.

- les **projets thérapeutiques**, plus fréquents en neurologie (2 par semaine), qui réunissent la famille, l'entourage mais aussi le patient et tous les thérapeutes associés à son séjour.

sont au cours de ces moments, qu'est évoqué l'état actuel du patient, mais surtout discutées les projections futures, telles que la récupération de capacités par le patient pour d'éventuelles reprises d'activité de la vie quotidienne, synonyme d'une sortie thérapeutique ou définitive vers le domicile ou ailleurs...

A noter, qu'il existe à intervalles moins réguliers des lieux et temps d'échanges tels que:

- le "**staff patient**", permettant d'évoquer une problématique récurrente, susceptible de mettre en défaut nos organisations (harcèlement/conduites addictives, fugues...)
- "**échanges informels**" entre les thérapeutes et l'équipe médicale, à raison de 3 fois dans l'année, permettant d'échanger librement sur les qualités relationnelles et les différents projets de l'unité .

Le PTR de kinésithérapie

Les patients, si besoin, sont accompagnés par nos brancardiers sur le PTR.

Celui-ci, du fait de notre configuration est multiple et s'organise entre 3 lieux géographiques selon l'unité, avec un espace de rééducation pour :

- l'unité respiratoire
- l'unité http
- les 2 unités locomoteur et neurologique (espace en commun).

Certains espaces peuvent être mutualisés lorsque le besoin d'activité spécifique est nécessaire (ex : isocinétisme).

Ces différents espaces se morcellent en grand espace commun avec d'autres ; des petites salles, pour permettre de s'isoler avec un patient si il y a nécessité.

Tous ces espaces sont équipés du matériel de base nécessaire aux séances de kinésithérapie (Tables / Plans de Bobaths / Escaliers / Barres parallèles / ergocycles / rails aux plafonds, petits matériels divers...) mais aussi d'équipements et dispositifs plus technologiques, permettant de prétendre pour certains aux plateaux techniques spécialisés (PTS).

Nous disposons donc d'un appareil d'isocinétisme, de la plateforme de posturologie Satel, d'une salle de rééducation vestibulaire avec un fauteuil rotatoire, du dispositif de marche suspendue Andago, du Vibramoov mais aussi d'un système de pressothérapie et d'un de cryothérapie à air pulsé.

Nos forces et spécificités

Une de nos forces principales, malgré le turn over et le manque d'effectif régulier, est de disposer d'une **équipe soudée, dynamique et investie**, cela nous permet de tenir au quotidien et de continuer à proposer des soins de qualité.

Les équipements dont nous disposons, notamment le cadre de travail lumineux avec de nombreuses salles face à la mer est aussi un atout indiscutable, les équipements de salle, en nombre permettent d'évoluer professionnellement dans un environnement confortable.

Concernant les équipements technologiques, ils sont sans aucun doute une plus value dans les soins kinésithérapiques mais la spécificité de leur usage et l'organisation qui en découle ne permet pas d'optimiser leur fonctionnement.

Nos différents programmes, ETP ou non, permettent de varier les pratiques et ouvrent des perspectives nouvelles et intéressantes sur les relations patients /thérapeutes, les kinésithérapeutes plébiscitent ces approches et se mobilisent pour participer à l'élaboration des ateliers ETP mais aussi aux programmes de rééducation de groupe.

La téléadaptation est toujours utilisée avec un relatif succès dans le programme ETP des patients lombalgiques, mais auprès des patients AVC, avec qui nous l'avons tentée, nous nous sommes confrontés à diverses difficultés qui nous ont obligées à la stopper. Nous continuons à croire à cet outil, qui peut être une prise de conscience pour les patients dans l'autonomie de leurs soins en rééducation, et, participer au changement des mentalités sur la poursuite et la faisabilité d'un entretien physique régulier.

Nos freins et limites

Les PTS, mais plus largement nos dispositifs technologiques sont des atouts mais à condition qu'ils ne prennent pas la poussière... Pour les faire vivre, nous devons réussir à répondre à plusieurs défis comme :

- **améliorer notre attractivité et fidélisation** par un recrutement efficace afin d'avoir un effectif complet et stabilisé .
- **identifier des thérapeutes ressources**, c'est-à-dire intéressés par le dispositif, et les accompagner par une formation spécifique au matériel.
- **conjuguer harmonieusement la pratique** de ces thérapeutes **à une organisation** spatiale et temporelle rendant possible l'efficacité du matériel

Ces défis ne sont pas à négliger, car en plus de nos dispositifs en notre possession , nous allons recevoir un masque de réalité virtuelle durant ce mois de mai et nous allons nous équiper très prochainement avec un dispositif d'analyse de la marche ainsi que d'un exosquelette dans un futur un peu plus éloigné !

Les perspectives

Pour les années à venir, une volonté de reconnaissance d'expertise associée à des moyens financiers en conséquence, va nous stimuler et nous contraindre à élaborer des programmes de soins de rééducation en répondant aux cahiers des charges de ces expertises.

Ces cahiers des charges "imposent" des compétences, du matériel spécifique et une organisation optimale, pour conserver une qualité des soins et une fluidité dans le parcours du patient.

Recrutement, formation et organisation sont donc les maîtres mots qui vont nous guider pour les années à venir.

Conclusion

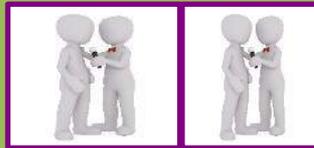
" Avec mon collègue Vincent, nous avons tenté de relater par cet article, l'organisation et le quotidien qui nous anime sur le PTR du centre Richelieu , nous tentons, malgré nos difficultés comme tous les centres SMR, de conserver un esprit "famille" bienveillant où la convivialité est de mise.

Mais force est de constater que la mission est souvent ardue, qu'il nous faut sans cesse optimiser nos moyens dans un contexte financier général mesuré et contrôlé , où la culture d'obligations de moyens à destination des patients semble prendre le pas d'une culture d'obligation de résultats .

Néanmoins nous tentons de conserver et d'améliorer, ce cadre de travail et ces conditions épanouissantes au service des collègues et indirectement des patients... "

Christophe LOMBARD
responsable du Plateau Technique
de Rééducation et de l'HTP
Vincent MONDOLO
responsable de l'équipe des kinésithérapeutes

RetEx



Au cœur d'un établissement

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

HOPITAL JEAN JAURES GROUPE SOS SANTE RETOUR SUR NOTRE PRATIQUE DE KINESITHERAPIE EN USP ET SMR HEMATOLOGIE ET INFECTIOLOGIE



Etablissement à taille humaine situé au cœur du 19^{ème} arrondissement à deux pas du Parc de la Villette et de la cité de la Musique, l'hôpital Jean-Jaurès propose une offre de soin variée qui permet de répondre aux besoins de son territoire.



- La Maison de Santé Pluriprofessionnelle (médecins, kinésithérapeutes, infirmier(e)s, sage-femme, ostéopathe, psychologue) et la Maison médicale de Garde ouverte en semaine de 20h à 23h et le week-end en journée, reçoivent les habitants du quartier.
- Un centre d'imagerie médicale avec IRM
- Un service de soins à domicile (SSIAD) et une Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)
- Une consultation et un service d'hospitalisation pour les troubles du sommeil.
- Plusieurs services d'hospitalisation complète, 150 lits au total, regroupant des activités MCO et SMR.

En 2008 le « Centre Médico-Chirurgical de la Porte de Pantin » devient l'Hôpital Jean-Jaurès, établissement de santé géré par le Groupe SOS, association privée à but non lucratif. La chirurgie est abandonnée au profit des Soins de Suite et de Réadaptation (SMR) et d'une Unité de Soins Palliatifs (MCO). C'est le premier établissement de santé du Groupe SOS qui va se saisir de ces questions sanitaires puis se développer au sein du Groupe SOS SANTE.

Celui-ci regroupe aujourd'hui 19 établissements, principalement dans l'Est de la France, dont 11 hôpitaux et des instituts de formation infirmier(e)s et aides-soignant(e)s. Cet ensemble compte 2500 ETP.

Les services d'hospitalisation de l'Hôpital Jean Jaurès, ce sont :

- 40 lits pour l'Unité de Soins Palliatifs (USP)
- 33 lits SMR Gériatrique
- 27 lits SMR Polyvalent
- 30 lits SMR Hématologie
- 20 lits SMR Infectiologie

Nous avons souhaité mettre en lumière le travail des kinésithérapeutes sur 3 services spécifiques que sont l'USP ainsi que les services SMR d'hématologie et d'infectiologie. Leur place ne va pas toujours de soi.

Si une admission en polyvalent pour une arthroplastie de genou est facilement reliée à des objectifs de rééducation et de réadaptation, de même dans le cas d'une chute ou d'une altération de l'état général chez une personne âgée, qu'en est-il pour une prise en soins de kinésithérapie dans le cadre de la fin de vie ou de traitements **palliatifs** ?

Qu'en est-il de ces mêmes soins, dans le cas d'une hospitalisation après une greffe de moelle osseuse ou d'atteinte **maligne du sang** nécessitant des traitements lourds dont les chimiothérapies ?

Qu'en est-il de notre intervention pour des patients atteints du **VIH**, en rupture de traitement provoquant des complications parfois lourdes, dans un contexte social souvent complexe ?

Nous proposons le retour d'expérience des kinésithérapeutes qui interviennent dans ces services. Outre les soins de kinésithérapie pouvant être spécifiques, il nous est apparu intéressant de témoigner de cette diversité du métier nous permettant, dans le cadre d'une collaboration étroite avec toute l'équipe, d'être à l'écoute des demandes et des besoins des patients. Ce sont donc 3 témoignages que nous vous proposons, écrits à une ou plusieurs mains.

EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



Les soins palliatifs sont définis par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs comme « des soins

*actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de **soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle** » (SFAP).*

" Je travaille au sein de l'Unité de Soins Palliatifs (USP), une unité hospitalière constituée d'une équipe interdisciplinaire qui prend en soins des patients en situations complexes qui nécessitent une hospitalisation. Je suis la seule kinésithérapeute à intervenir sur cette unité qui compte 20 lits ouverts actuellement mais qui dispose d'une capacité de 40 lits, dont 20 sont fermés en raison de difficultés de recrutement médical et infirmier ".

L'UNITE DE SOINS PALLIATIFS

Le service est divisé en 2 ailes de 10 chambres individuelles. 1 binôme IDE/AS s'occupe de 5 patients. Il y a 2 médecins par aile et une psychologue, ainsi qu'une cadre de santé. La diététicienne intervient sur demande, de même que la psychomotricienne ou l'ergothérapeute mais cela reste très ponctuel car il n'y a qu'un professionnel pour l'ensemble de l'établissement.

Une assistante sociale et une secrétaire médicale sont affectées au service. Un agent de chambre mortuaire vient compléter l'équipe.

Une psychanalyste (externe à l'hôpital) qui est également art-thérapeute, anime deux fois par mois, pour l'équipe, un groupe de parole visant à échanger sur les difficultés rencontrées au cours des prises en soins et des accompagnements, ou sur les difficultés institutionnelles. Nous avons la chance de bénéficier de la présence d'une socio-esthéticienne qui intervient tous les vendredis auprès des patients. Des bénévoles sont présents (de deux associations laïques JALMALV – *Jusqu'À La Mort Accompanyer La Vie* - et *Les petits frères des pauvres*) ainsi que des représentants du culte (qui viennent sur demande). Des danseurs d'une association de ballet interviennent deux fois par mois pour offrir une représentation dans chaque chambre (les patients sont libres de refuser). La durée moyenne de séjour est de 12 jours, mais elle est sujette à variations. Les séjours peuvent être plus courts si aggravation ou au contraire durer plus longtemps si les symptômes le nécessitent.

KINESITHERAPIE EN USP

" Mon travail s'inscrit dans l'interdisciplinarité. Je suis très en lien avec l'ensemble de l'équipe tout au long de la journée. J'assiste aux deux staffs hebdomadaires, un par aile. Toute l'équipe pluridisciplinaire est présente. C'est le moment où nous discutons des prises en soins, des projets des patients, des relations avec les familles et l'entourage".

Nous accueillons en majorité des patients atteints de cancers (pulmonaires, bronchiques, ovariens, mammaires, pancréatiques, prostatiques, œsophagiens, glioblastomes...) mais également des patients avec des pathologies neurologiques (AVC...) ou neuro-dégénératives (SLA, SEP...), des patients avec des démences, ou présentant une grande altération de l'état général, une anorexie...

Les patients, souvent accompagnés de leur famille ou leurs proches, sont admis dans l'unité soit pour des séjours d'équilibration des symptômes, soit pour des séjours de répit (pour la famille, le patient ou l'équipe médicale qui le prenait en soin) soit pour un accompagnement de fin de vie.

Les situations sont fragiles et le projet est constamment rediscuté en équipe et avec le patient. Nous essayons un maximum pour les patients qui le souhaitent de privilégier un retour à domicile avec des aides, si besoin et c'est souvent le cas, avant que l'état général ne s'altère trop et que la personne ne soit plus « transportable ». L'objectif est de pouvoir passer un moment chez eux si c'est leur souhait. Lorsqu'on organise ces sorties les patients peuvent revenir dans le service s'il y a le moindre problème sans avoir à passer par les urgences ou un autre établissement.

La famille, les proches, ont une place toute particulière dans l'accompagnement palliatif. Nous accompagnons aussi bien le patient que ses proches. Le service dispose d'ailleurs d'un salon des familles dans chaque aile, pour bénéficier d'un espace autre que celui de la chambre si la famille ou le patient souhaite s'y rendre. C'est également là qu'ont lieu les entretiens de l'équipe médicale et paramédicale avec la famille/les proches. La psychologue est disponible pour les patients, leurs proches et propose également des suivis de deuil. Un petit détail qui a son importance, les animaux de compagnie peuvent venir rendre visite aux patients. Par ailleurs il n'y a pas de limite d'âge pour les visites, un nourrisson peut venir. Les horaires de visite sont également étendus et il est possible qu'un accompagnant passe la nuit dans la chambre du patient, un lit accompagnant étant mis à disposition.

Le masseur-kinésithérapeute a toute sa place dans cette prise en soins, le bien-être et la mobilité physique participent à l'accompagnement. Il m'arrive de participer à certains entretiens avec l'équipe lors des entrées ou au cours du séjour. Les échanges sont nombreux tout au long de la journée. Nous cherchons au mieux à répondre aux demandes et aux besoins des personnes, en fonction de leur état et de leur disponibilité.

Les objectifs de kinésithérapie peuvent être « classiques » avec certains patients : mobilisations, réadaptation, récupération fonctionnelle s'il s'agit d'un séjour d'équilibration symptomatique avant un retour à domicile, ou de séjours de répit avant une réévaluation par exemple.

Pour d'autres la prise en soin palliative est axée sur le confort, le bien-être et le soulagement des symptômes, qu'ils soient physiques (douleurs, raideurs, dyspnée...) ou psychiques. "Je commence par réaliser une anamnèse, un bilan de la douleur et de l'inconfort, j'évalue l'état cutané et trophique, je réalise un bilan articulaire ainsi qu'un bilan musculaire axé sur le fonctionnel et un bilan fonctionnel en tant que tel (retournements, transferts, schéma de marche ...).

Je définis ensuite les objectifs de prise en soins et la fréquence des séances en accord avec le patient. Je réalise beaucoup de drainage lymphatique, de massages, de mobilisations, de kinésithérapie respiratoire de désencombrement, de renforcement musculaire.... Je suis également sollicitée pour des installations au lit ou au fauteuil, pour optimiser au maximum le confort du patient (en lien avec l'ergothérapeute s'il y a un besoin d'installations plus spécifiques)".

Il y a tout un environnement très médicalisé à prendre en compte, que ce soit par rapport à la présence d'oxygène, la nécessité de prendre des aérosols avant une séance de kinésithérapie respiratoire, la présence de différentes poches (sonde urinaire, stomies digestives, néphrostomies...), les pousse-seringues électriques, les PCA (patient controlled analgesia), les cathéters, les chambres implantables...

Les séances se déroulent pour la plupart en chambre mais également dans le couloir ou le salon des familles, voire sur le plateau technique de rééducation si le patient le souhaite et que son état le permet".

UN PARADIGME

"J'ai trouvé dans ce service une bienveillance, une qualité d'écoute, une possibilité de prendre le temps avec les patients, un accompagnement aussi bien des proches que du patient qui fait totalement sens pour moi et qui me correspond dans ma manière de concevoir et d'appréhender l'exercice de ma profession.

La vision du patient est différente. Même s'il est au centre de nos prises en soins comme dans d'autres domaines, ce n'est pas forcément la ré-autonomisation qui prime à tout prix, c'est vraiment la qualité de vie et le soulagement des symptômes. L'écoute a une importance toute particulière dans cette relation de soin et constitue une qualité primordiale pour accompagner ces patients, de même que la flexibilité. Flexibilité car d'un jour à l'autre et même d'un moment à l'autre de la journée l'état du patient peut être très fluctuant et changer du tout au tout. C'est un véritable jeu d'équilibre, il s'agit de s'adapter à des situations qui varient, des situations qui s'aggravent, des espoirs fragiles.

Bien évidemment certains jours sont plus difficiles que d'autres. Nous sommes confrontés à beaucoup d'émotions très fortes, en évoluant dans ce temps suspendu, en accompagnant les patients et leurs proches. Chacun de nous au sein de l'équipe sait qu'il peut compter sur les autres et discuter ouvertement de ce qu'il ressent. Et cette communication authentique et naturelle est quelque chose d'extrêmement précieux à mon sens, elle est essentielle pour moi dans ma pratique quotidienne.

Ce service est vraiment à part, l'intensité de nos prises en soins fait qu'il y règne cette atmosphère particulière de bienveillance et d'écoute".

EN SMR HEMATOLOGIE



C'est au 2ème étage de l'hôpital Jean-Jaurès que l'on trouve le service SMR d'hématologie. 30 lits sous la responsabilité

de 3 médecins, soit spécialiste ou ayant une expérience dans cette spécialité. L'équipe se compose d'une secrétaire médicale, d'un cadre infirmier et d'une infirmière coordinatrice qui encadrent une équipe d'infirmières et d'aides-soignant(e)s. Une assistante sociale, une psychologue, deux kinésithérapeutes, une diététicienne, un ergothérapeute et un enseignant en APA la complète.

« UNE EQUIPE, UNE VOIX »

" L'ensemble des intervenants (soignants rééducateurs, psychologue...) est incité à venir aux transmissions tous les matins à 9h30, pour échanger sur les évolutions des situations médicales, les différentes programmations de soins ou de consultations du jour.

Le staff, une fois par semaine permet de définir le projet à l'entrée, pour les nouvelles admissions, suivre l'évolution de la prise en charge et/ou préparer la sortie. Ce partage d'information très régulier, en plus du dossier patient, permet d'éviter les erreurs et de prendre les précautions adéquates en fonction de l'état du patient ".

LES PATHOLOGIES, LES TRAITEMENTS

Les patients présentent pour 44% des lymphomes, pour 31% des leucémies et pour 11% des myélomes. 56% des patients sont en intercure de chimiothérapie, 28% intègrent le service post allogreffe, 11% ont un traitement par Car-T Cell. De plus, 4% des patients admis le sont pour soins palliatifs avec une pathologie hématologique.

La pathologie hématologique peut être secondaire à un premier cancer organique. Les pronostics vitaux ne sont pas toujours bons et les traitements sont lourds ; il n'est pas rare que la durée d'un séjour soit de plusieurs mois voire une année. Les deux principaux traitements sont la greffe et les Car-T Cell.

Les patients ayant subi une greffe (allo ou auto) sont soumis à des isolements (isolement protecteur ou précautions complémentaires). Dans le cadre des allogreffes, le risque de réaction du greffon contre l'hôte, GVH (greffon versus hôte), est possible. Les cellules du greffon attaquent les cellules de celui qui le reçoit. La GVH peut être aiguë, souvent cutanée ou digestive, ou bien chronique avec des manifestations cutanées ou digestives ou oculaires, des douleurs musculaires ou osseuses, une atteinte des muqueuses principalement.

La thérapie par lymphocytes T à CAR consiste à prélever des millions de lymphocytes T chez une personne atteinte de cancer.

En laboratoire, on les modifie de façon qu'ils soient dotés de récepteurs d'antigènes chimériques (CAR) à leur surface. Ces récepteurs reconnaissent un antigène (protéine) spécifique exprimé par le type de cancer traité. On réinjecte ensuite les lymphocytes T à la personne afin qu'ils se multiplient, puis attaquent et détruisent les cellules cancéreuses.

LES TROUBLES FREQUENTS

Les patients peuvent présenter voire cumuler plusieurs affections qui pourront également nécessiter notre intervention :

- respiratoire (BPCO, emphysème, pneumopathie, déconditionnement respiratoire...),
- troubles de la déglutition (post réa/intubation/trachéotomie, ...),
- atteinte osseuse ou articulaire liée à la maladie ou un antécédent ou un traitement (fracture humérale, vertébrale, fémorale, ostéonécrose de hanche, ...),
- troubles proprioceptifs (toxicité de la chimiothérapie, atteinte cérébrale),
- troubles cognitifs (atteinte cérébrale, démence) ou psychiatriques,
- troubles moteurs centraux (AVC, encéphalopathie, atteinte de la moelle épinière),
- troubles neuro-périphériques (douleurs neuropathiques, paresthésies, perte de fonction musculaire...).

" Connaitre l'état du patient au moment de la prise en charge est donc primordial ; en fonction des résultats des bilans sanguins, des examens complémentaires, la santé du patient peut s'améliorer ou se dégrader d'un jour à l'autre. Il peut être mis en isolement protecteur ou attendre une transfusion de plaquettes si le taux est trop bas.

Il peut y avoir des effets secondaires de type fatigue et douleurs, liés à une injection de globules blancs ou à une chimiothérapie. En raison de son immunodépression, le patient est sensible aux infections avec des répercussions plus conséquentes qu'un individu non immunodéprimé (covid-19, grippe, VRS, pneumopathie, ...risque de positivité prolongée et signes cliniques de longue durée). Ainsi le kinésithérapeute doit rester vigilant sur les constantes, et les signes cliniques (vertiges, nausées, fatigue, dyspnée, troubles de l'équilibre...).

On note que certains patients sont hospitalisés en SMR car ils sont trop faibles pour rentrer chez eux, et l'objectif sera essentiellement un réentraînement à l'effort dans le principe suivant : ré-entraîner le cœur pour mieux ré-entraîner le corps. Pour certains ce sera l'APA qui constituera la dominante de prise en charge. Pour d'autres, la problématique médicale prévaudra, et la rééducation vient en soutien. Mais en fonction des atteintes, il y aura également des projets de rééducation plus spécifiques avec des potentiels de récupération variables ".

LE BILAN

Le bilan est idéalement réalisé le lendemain de l'arrivée du patient, en prenant en compte l'effort que représente un changement d'environnement pour ces patients très fatigables. Classiquement les éléments de bilan sont orientés par la lecture du dossier et l'interrogatoire, les douleurs, l'utilisation l'échelle ESAS (Échelle d'auto-évaluation des symptômes) pour les signes cliniques à l'instant T, les bilans articulaires et musculaires.

Prévalent toutefois les bilans :

Cutané/trophique/vasculaire car on retrouve des œdèmes, des plaies liées à la GVH cutanée, des pétéchies...

Ils sont également nombreux à avoir une voie centrale comme un Picc Line, une chambre implantable ou un cathéter central (jugulaire, sous-clavière), une gastrostomie...

Fonctionnel pour évaluer l'autonomie du patient et informer les équipes (transferts, marche, escaliers, aides techniques, AVQ...). Nous évaluons également l'équilibre qui peut être altéré (Échelle de Berg) et le risque de chute aux conséquences graves chez les patients thrombopéniques.

L'évaluation de la désadaptation respiratoire et/ou cardiaque (séjour en réanimation, sédentarité durant les soins...) par des tests d'effort au vélo, au cycloergomètre à bras (type TDM6) ou encore à la marche (TDM6) selon la sévérité du déconditionnement, est quasi systématique.

Avec le patient et l'équipe, les objectifs de la prise en soins de rééducation sont définis souvent à l'occasion du staff d'entrée.

LES SEANCES DE REEDUCATION

Malgré un planning prévisionnel, il nous faut rester flexibles à cause de différents traitements (transfusion, chimiothérapie, perfusion etc...) ou examens non planifiés, qui varient en fonction de l'évolution de l'état des patients. Le travail de coordination avec l'équipe de soins nous permet de programmer les horaires de rééducation au moment le plus propice de la journée.

Le contenu des séances pourra être différent en temps et en intensité, les patients en service d'hématologie peuvent voir leur état varier drastiquement au cours de la semaine. Les séances, surtout celles proches de l'entrée ou des cures de chimiothérapie, pourront durer moins de 30 minutes. Lorsque le patient est plus stable sur le plan médical, les séances pourront durer plus d'une heure et être plus intensives.

Ce sera bénéfique pour le réentraînement à l'effort qui prend du temps et cela permettra également de travailler sur différents objectifs de rééducation durant la même séance. Les objectifs peuvent être nombreux et c'est un avantage de pouvoir moduler le temps passé par séance en fonction des besoins et de la fatigabilité de chaque patient.

La rééducation pour les patients d'hématologie a un effet bénéfique sur l'image corporelle bien souvent diminuée entre autres par la chute de cheveux et la perte de poids, la fatigue et l'altération de l'état général. Elle présente une motivation nouvelle et un espoir de récupération après une hospitalisation lourde avec, souvent, un passage en réanimation et un isolement très strict.

UN CONTEXTE SENSIBLE...

Les facteurs favorisant les cancers du sang sont les traitements par chimiothérapie ou radiothérapie pour de précédents cancers, la prise de médicaments immunosuppresseurs (greffe...) ou encore des pathologies causant une immunodéficience (VIH, maladies auto immunes...) ainsi que les expositions aux polluants. Pour cette raison, nombre des patients présents en service d'hématologie ont déjà un parcours de soin dense et leur état psychologique peut en être impacté. L'évolution de leur moral est à surveiller.

Dans les cancers du sang, le risque de rechute est assez élevé, ce qui fait que les patients peuvent venir effectuer plusieurs séjours dans le service au fil des mois / années. Cela peut peser sur le moral des équipes, d'autant plus que l'état du patient est souvent plus grave au fur et à mesure des hospitalisations.

De manière générale, les patients présents dans le service sont ceux qui ne peuvent pas suivre leurs traitements anticancéreux sans suivi médical constant, ce qui prédit un pronostic de rémission moins bon que la norme pour ces types de cancer.

Les équipes peuvent être confrontées au décès de patients qu'elles suivent parfois depuis plusieurs années.

... UN CORPS TOUCHE

C'est dans ce contexte que nous intervenons et répondons aux objectifs de rééducation. Mais nous devons, pour « réussir », écouter un corps malmené avec des hauts et des bas, porteur d'espoir parfois de désespoir. C'est un corps touché dans sa globalité, douloureux, entravé et étranger à qui nous allons demander des efforts pour se « retrouver ».

*C'est un **corps douloureux*** du fait des agressions régulières comme la pose et la dépose de cathéter, de Picc line ou Mid line, les prises de sang ou les transfusions. Les examens comme une biopsie ostéo médullaire ou une ponction aspiration dans l'os au niveau du sternum à l'aide d'un trocart pour un myélogramme sont aussi des moments difficiles. A la pose d'une sonde nasogastrique, il n'est pas rare que le patient s'oppose à ce nouveau geste invasif car il a le « choix ».

Et il y a d'autres douleurs du quotidien qui souvent se cumulent comme les céphalées, les douleurs provoquées par les mucites, celles neuropathiques, abdominales ou musculaires, l'asthénie...

*C'est un **corps entravé*** dans ses mouvements par le confinement dans une chambre stérile ou simplement dans sa chambre par manque d'autonomie. Entravé par un pied à perfusion plus ou moins lourd avec une tubulure souvent trop courte pour se déplacer dans la chambre et/ou ailleurs. Il est entravé également par le port de lunettes à O², et/ou d'une sonde de gastrostomie, d'une sonde et une poche urinaire, d'une poche de colostomie.

Ce manque d'autonomie oblige le patient à demander de l'aide au personnel soignant pour ses activités de la vie quotidienne et notamment pour la toilette ce qu'il peut vivre comme une atteinte à son intimité.

*Et c'est un **corps étranger***, méconnaissable parfois dans le miroir, du fait de la perte de poids, de la chute des cheveux, des œdèmes, du gonflement abdominal (ascite).

QUELLE PLACE ?

Nous accompagnons le patient dès que possible en salle de rééducation, il aura enfin l'opportunité de sortir de sa chambre et de se retrouver dans un espace ouvert, élargi et si, de surcroît, il peut être « débranché » le temps de sa séance, il éprouvera une sensation de libération.



Dans ce lieu, il aura la possibilité d'être acteur de sa rééducation et non plus « témoin passif » de son traitement médical.

À son arrivée sur le plateau technique, il est souvent impressionné par le matériel : vélos, tapis de marche...

Nous prenons soin lors de sa première venue de le présenter à chaque rééducateur présent dans la salle afin de le rassurer.

Notre rôle sera d'accompagner, d'encourager, reconforter, prendre soin sans provoquer de la douleur mais au contraire la joie de se réconcilier petit à petit avec ce corps touché et diminué, étranger parfois comme nous le rappelions plus haut.

La prise en charge pluridisciplinaire (psychomotricienne, APA, diététicienne, psychologue et soignante) est indispensable afin de redonner au corps de l'unité, de la cohérence et du mouvement.



En SMR Infectiologie

Le SMR infectiologie de l'hôpital Jean-Jaurès prend principalement en charge des

personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (PVVIH) (80%) mais aussi des patients traités pour infections ostéoarticulaires (20%).

ÉQUIPE, INTERVENANTS ET COORDINATION

Le service dispose de 20 chambres individuelles. L'équipe est composée de médecins, d'une secrétaire médicale, une cadre de santé, des infirmier(e)s, des aides-soignant(e)s, une agente de service hospitalier, une assistante sociale, une psychologue et une kinésithérapeute dédiés à ce service.

D'autres professionnels dont l'action est transversale dans l'hôpital interviennent également : une diététicienne, un enseignant en activités physique adaptée, une psychomotricienne, une orthophoniste, un ergothérapeute.

Des médiateurs en santé et des associations comme Les Petits Bonheurs, Ikambere ou Acceptess-T complètent aussi l'accompagnement réalisé dans l'établissement de façon régulière ou ponctuelle.

Les échanges pluri-professionnels et la continuité des soins sont organisés grâce à des transmissions quotidiennes et des staffs hebdomadaires où sont conviés tous les professionnels du service.

Les transmissions matinales nous permettent de prendre en compte l'état du jour du patient dans notre rééducation et d'adapter éventuellement le planning en cas d'hôpital de jour ou de consultation à l'extérieur.

Le staff constitue le lieu pour faire part des progrès ou des limites rencontrées en rééducation.

Les informations partagées par tous les intervenants à ce moment-là, nous permettent de travailler de façon coordonnée et d'envisager les projets de sortie possibles.

PRISE EN SOINS ET SPECIFICITE

Le séjour des patients dans le service s'inscrit dans un parcours de soin qui débute en général par les urgences, éventuellement la réanimation, un service de maladies infectieuses et tropicales et se poursuit avec un retour à domicile, un emménagement en appartement de coordination thérapeutique (ACT) ou en EHPAD ou encore un retour dans le service adresseur en cas d'aggravation de l'état médical ou d'absence de solution de sortie.

Le motif initial d'hospitalisation est en général un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) qui s'est développé du fait de l'absence de diagnostic du VIH pendant les phases précédentes de l'infection ou d'un arrêt des traitements anti-rétroviraux (ARV). Ce syndrome est généralement accompagné de maladies opportunistes.

Les patients admis dans le service sont sélectionnés par les médecins et la cadre de santé parmi les demandes reçues sur le logiciel « Via-Trajectoire ». Ils prennent en compte le profil psychologique/psychiatrique des patients, la quantité de soins infirmiers et de rééducation nécessaires à mettre en place et la situation sociale. Cela permet de réguler le nombre de patients nécessitant une aide totale ou des personnes sans solution de sortie à court terme.

Il est nécessaire d'avoir un certain nombre de patients avec logement fixe car les démarches d'accès aux droits (AME, aide sociale, AAH...) enclenchées pendant l'hospitalisation sont en effet longues et les solutions d'hébergement

d'urgence sont rares, or le suivi d'un traitement quotidien au long cours est compromis lorsque le lieu de vie est instable. De plus, le handicap parfois acquis lors de l'hospitalisation ne permet pas toujours un retour aux conditions de vie antérieures.

INDICATIONS DE REEDUCATION

Du côté de la rééducation ce service permet de travailler avec des personnes aux tableaux cliniques très variés. On peut distinguer principalement 4 profils : les tableaux de neurologie centrale ou périphériques, les altérations de l'état général majeures (avec des IMC parfois inférieurs à 16), les patients marchants/autonomes mais avec une perte de masse musculaire et un déconditionnement à l'effort et enfin les patients avec une infection ostéoarticulaire.

Pour la neurologie centrale les pathologies principales sont la toxoplasmose cérébrale, la LEMP, l'encéphalite ou la myélite. Contrairement aux plégies post AVC ischémiques ou aux blessures médullaires les plus souvent rencontrées en centre de rééducation, ici les tableaux cliniques et la récupération sont différents. En effet la toxoplasmose cérébrale par exemple va créer des lésions à différents endroits du cerveau et non sur un territoire spécifique lié à la vascularisation. Au niveau de la récupération, l'évolution neurologique et fonctionnelle est liée à la réponse aux traitements médicamenteux de la pathologie opportuniste sur plusieurs semaines et on observe parfois des débuts de récupération plus tardifs et malgré tout importants.

En fonction des tableaux cliniques, les intervenants varient et même si la kinésithérapie est prescrite et indiquée pour la plupart des patients, elle n'est pas systématique. Certains patients auront besoin d'APA et de psychomotricité par exemple, d'autres uniquement de kinésithérapie.

Concernant la fréquence et la durée des séances de kinésithérapie nous organisons en général 5 séances par semaine mais les durées sont très variables en fonction des besoins : 15 minutes à 2h en fonction de la fatigabilité, des douleurs, de l'étendue des déficits et du ralentissement psychomoteur notamment.

TRAVAIL PLURI/INTER-DISCIPLINAIRE

Pour les PVVIH le travail pluri/interdisciplinaire est vraiment visible dans le service avec en particulier des séances de groupe coordonnées par la psychologue du service et où peuvent intervenir à ses côtés, tous les professionnels du service. Cette année, par exemple, j'ai pu présenter un atelier sur le VIH et son traitement, un autre sur les douleurs et le handicap. Les informations concernant le VIH et les traitements médicamenteux ou non médicamenteux ont besoin d'être présentées aux patients à plusieurs reprises, de plusieurs manières, par différentes personnes (soignantes ou non) afin que chacun puisse les intégrer.

Dans le quotidien, on observe aussi un vrai relai entre la rééducation sur plateau technique et la stimulation à l'autonomie ou l'auto-rééducation par les infirmières et aides-soignantes dans le service. La proximité qui s'installe entre les rééducateurs et les patients, du fait du temps passé ensemble, du travail par le corps, et des progrès réalisés crée un climat de confiance propice à libérer la parole. Ainsi, le kinésithérapeute, peut faire relai dans l'éducation thérapeutique à la prise des traitements en abordant ces sujets parfois tabous au cours des séances. L'expertise des soignants et des rééducateurs est prise en compte de façon réciproque pour ce qui est des champs de compétence communs, comme les transferts et l'organisation des soins.

Un autre moment où le travail pluridisciplinaire coordonné est indispensable est la préparation à la sortie. Ce moment-là, coordonné par les médecins et l'assistante sociale, est indispensable pour poursuivre la prise en soins en ville. À noter que ces projets sont parfois entravés par la sérophobie (discriminations liées au VIH), par exemple pour l'admission en EHPAD ou le retour à domicile chez des proches.

Cette sérophobie est d'ailleurs parfois intégrée par les patients eux-mêmes et est un frein à l'acceptation de l'infection et à l'observance des traitements.

PATIENTELE TRES DIVERSE

Ce service a pour particularité d'accueillir un public particulièrement précaire qui se trouve en difficulté dans l'accès aux soins et aux droits en général.

D'un point de vue psychologique, on observe aussi des troubles psychiatriques (addiction, dépression, schizophrénie...) ou cognitifs (lésions cérébrales, démences) fréquents qui demandent une certaine souplesse dans l'organisation de la rééducation.

Enfin, on peut aussi relever que la patientèle particulièrement multiculturelle dans le service a parfois des croyances qui nécessitent un accompagnement spécifique et bénéficie de l'intervention de médiateurs en santé et de la présence dans l'équipe d'un personnel également multiculturel. Ces spécificités sociales/psychologiques/culturelles peuvent faire que, pour certains patients, la priorité n'est pas la rééducation. Il incombe aux thérapeutes de s'adapter et d'essayer de les faire adhérer tant que possible grâce à des explications claires, des objectifs adaptés et un comportement respectueux et bienveillant, à la rééducation. Malgré cela, on observe parfois, des progrès majeurs grâce à la re-nutrition, aux soins médicaux et infirmiers.

ÉQUILIBRE ET ENRICHISSEMENT

D'un point de vue personnel, le travail dans ce service peut parfois entraîner une certaine fatigue compassionnelle que l'on peut éviter grâce à l'entraide entre collègues, une posture professionnelle solide et un bon équilibre vie privée / vie professionnelle.

C'est aussi un lieu où le travail est satisfaisant car les progrès fonctionnels sont souvent importants et visibles et les patients tissent des liens entre eux et avec l'équipe et l'ambiance est souvent joyeuse.

Enfin, cela m'a permis de me former sur le VIH et de transmettre à mon tour lors d'ateliers destinés aux professionnels de santé, des notions telles que la différence entre le VIH et le SIDA, les modes de transmission du VIH, le fait qu'une PVVIH sous traitement ARV ayant une charge virale indétectable ne peut plus transmettre le virus et lutter, à mon échelle, contre la sérophobie parfois encore présente dans le milieu de la santé.

Ce sont trois pratiques de la kinésithérapie très spécifiques et « créatives ». Au travers du travail individuel et dans un cadre interdisciplinaire, elles sont toutes trois empreintes d'une perception et d'une écoute du patient remarquables. Elles apportent de la connaissance mais nécessitent pour chacune d'entre elles des savoirs dans de nombreux champs tant médicaux qu'en sciences humaines et cliniques. Les situations sont diverses, singulières, mais constituent autant d'expériences professionnelles au quotidien qui nous font évoluer et progresser.

Nous avons tenté ici de vous faire partager.

Charlotte Leonard, Pauline BOUVARD, Asma BEN YOUSSEF,
Malika ZAÏDI (MKs) Anaëlle VALEMBOS (CFA MK)
& Alain DOUCET (Cadre de Santé - Rééducation)
Service de Rééducation
Hôpital Jean Jaurès Paris - Avril 2024

EXERCICE SALARIE : EFFECTIFS ... VERS DES RATIOS ?



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

Faire équipe & être aux cotés ... de



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 " EFFECTIFS AJUSTES ou EFFECTIFS AJUSTABLES ?

Un débat qui se poursuit, à retrouver aux JNKS NANTES 2024

Ici et là il est évoqué des métiers en tension et parfois voire souvent la pénurie d'aides soignants, d'infirmiers, de techniciens manipulateurs d'électroradiologie médicale, de kinésithérapeutes ...

Entre la vague quasi tsunami de départs en retraite des babyboomers (50 % des professionnels sur 5 ans entre 2012 et 2017) puis les crises financières et du covid ... le niveau de difficultés de recrutement n'a cessé de fluctuer globalement et plus spécifiquement dans certains lieux alors que taux de fidélisation des professionnels lui ne cessait de baisser. C'est ce qui a fait dire au CNKS que dans le sujet de l'attractivité ce sont les modalités de fidélisation qui priment.

Et quand ces dernières ne sont pas là (reconnaissance, diversification de carrière, qualité de vie au travail et conditions de travail incompatibles avec la vie personnelle ou familiale ... survient ce que l'on veut nommer - sans réussir à l'identifier, définir tant elle est protéiforme - " la perte de sens ".

Matthieu Guyot, expert RH au sein de l'Anap à récemment publié sur les réseaux sociaux à propos d'un article paru la revue Cahier Techniques Hôpitaux FHF

" D'un côté, on manque de soignants, de l'autre, on leur demande de réaliser des tâches administratives et logistiques.

La perte de sens au travail, particulièrement ressentie dans les établissements de santé, trouve notamment son origine dans un éloignement progressif du cœur de métier des professionnels de la santé. Une multitude de tâches périphériques semble désormais accaparer une part conséquente du temps et de l'énergie des soignants.

Cette situation engendre une frustration palpable, une sensation de dérive loin des aspirations initiales... Dans certains établissements, ce temps peut dépasser les 50% du temps de travail total !

Outre les soignants de terrain, les managers connaissent également les mêmes difficultés : beaucoup de tâches paraissent éloignés du management et de l'opérationnel : Sous prétexte de "décentraliser", il arrive que nous donnions des missions et des tâches inadaptées aux pôles.

Au lieu de véritablement déléguer des responsabilités stratégiques ou cliniques qui pourraient permettre aux pôles de jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité organisationnelle, ce qui leur est confié s'apparente parfois à un transfert des charges administratives et logistiques.

Dans un article intitulé "Coeur de métier - se recentrer pour retrouver du sens" que nous avons publié avec Marie Paule Sauli de l'AFDS Association Française des Directeurs des Soins dans la Revue hospitalière de France - Cahier Techniques hospitalières - FHF de janvier-février 2024, nous évoquons notamment ce sujet.

Pour inverser cette tendance et redonner du sens au travail au sein des hôpitaux, quatre axes d'intervention se détachent comme cruciaux :

- l'organisation du travail, qui implique entre autre de revoir la distribution des tâches pour minimiser le temps consacré aux activités administratives par les soignants - mais également leur juste répartition. Cela passe notamment par des effectifs journaliers et des maquettes organisationnelles à jour.
- l'ergonomie des services et des procédures, signifie notamment concevoir des espaces de travail et des processus qui réduisent la charge physique et mentale sur les professionnels.
- le renforcement des compétences managériales pour instaurer un climat de travail juste, bienveillant et motivant et la lutte active contre le harcèlement
- l'amélioration du système d'information (SI) et l'utilisation pertinente de l'intelligence artificielle (IA) et de l'automatisation robotisée des processus (RPA).

Dans cet article, nous y évoquons notamment le management, l'utilisation d'ergonomes, des logisticiens de soins, le traitement des irritants, le télétravail et diverses solutions innovantes d'IA. Merci à Marie Paule Sauli, Nadia Bastide-Sibille, Paul MAYAUX, Raphaëlle Frija, la RHF et évidemment l'ANAP !

Et vous, quel est votre avis sur la meilleure manière de retrouver du sens au travail dans un établissement de santé en 2024 ?

Des constats "consensuels", qui sont sans appels et récurrents [puisque déjà posés lors des accords Durieux (1992)] ... mais dont il est bon de rappeler la subsistance voire l'aggravation 30 ans plus tard. Quant aux préconisations, axes d'intervention chacun en fera ou pas son miel, après avoir lu l'article complet, à l'aune des réalités quotidiennes.

Les professionnels de santé, kinésithérapeutes entre autres, sont qualifiés de "volatiles". Au-delà du sujet de la rémunération (non nul pour celles et ceux qui ont du payer leurs études à des tarifs exorbitants), de l'effet zapping, plus facilement attribué aux générations x, y et z, et de l'effet report de "fixation familiale", les conditions de travail, de (re) connaissance de l'apport les mks (cf. la très grande majorité de prescriptions en milieu hospitalier cantonnant cette contribution à " marche ou kiné respi "), et la quasi absence de voies officielles de diversification de carrière creusent le lit de ce sentiment de dévalorisation, de perte de sens, qui amènent à vouloir changer d'établissement voire de mode d'exercice.

Mais nous insistons aussi sur l'effet stage de formation initiale qui peut s'avérer déterminant. Et si sur sujet la réingénierie à permis de belles avancées dans l'approche scientifique elle a par contre complexifié la partie compagnonnage que le CNKS propose de renforcer par l'instauration d'un réel contrat de " tutorat-mentorat- partenariat " balisant des stages au cours desquels " l'accueil, l'accompagnement et l'acculturation au monde salarial ne sont pas de vains mots.

Mais - aussi effet générationnel – les professionnels de santé comme tous autres travailleurs ont clairement en tête de (ré)concilier vie professionnelle et vie personnelle et d'éviter l'épuisement dans le service. C'est la perception de ces risques inhérents à l'insatisfaction, à l'incapacité d'être en harmonie avec ses valeurs et compétences face aux charges, au mal être physique et psychique qui poussent les uns et les autres à regarder ailleurs. L'encadrement lui-même n'échappe pas à ces turpitudes ... lui qui est là pour "organiser les conditions favorables de la réalisation des prises en soins" et comme "garant de la qualité et de la sécurité de leur dispensation".

Si les bons effectifs, bien dimensionnés s'avèrent une condition nécessaire, utile voire indispensable ... et les maquettes organisationnelles - à jour - un outil précieux on ne peut se contenter de ratios tant que l'on a pas analysé les soins prévalents, les actes à forte valeur ajoutée qui doivent déterminer ... **le juste intervenant... au juste moment et ... à la juste place !**

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

Mercredi 25 Jeudi 26 & Vendredi 27 septembre 2024

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE : FAIRE EQUIPE & ETRE AUX COTES DE ...
[2024 - 2025 - 2026]



JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE

Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS **Organisée et gérée sous l'égide de KOP**
n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK 0035038



PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

**A l'occasion des JNKS NANTES 2024,
KINESCOPE ouvre ses colonnes**

**A DIFFERENTS ACTEURS DE LA SANTE,
DU CHU DE NANTES OU DE STRUCTURES
DU DEPARTEMENT DE LOIRE ATLANTIQUE**

RetEx



**Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles**

Attractivité et fidélisation, 2 enjeux majeurs pour la kinésithérapie au CHU de Nantes

"Le sujet de l'attractivité de nos établissements publics de santé pour les MKT constitue une préoccupation majeure pour bon nombre de structures. Si recruter est souvent une priorité vitale pour maintenir des activités, fidéliser les professionnels en est une autre et constitue un exercice délicat qui nécessite de bien comprendre leurs aspirations et d'identifier les déterminants qui feront qu'ils s'implanteront durablement, ou non, dans l'établissement.

Aussi, il convient impérativement de travailler à la fois en parallèle les facteurs d'attractivité mais aussi les conditions de fidélisation de ces professionnels afin d'éviter un turn-over trop important, déstabilisant pour les équipes soignantes, source de désorganisation et posant très souvent des problématiques de gestion des compétences pour l'encadrement.

Au CHU de Nantes, nous comptons environ une centaine de MKT exerçant sur nos différents sites et nous avons aujourd'hui la « chance » que tous nos postes soient pourvus.

Toutefois, cette « chance » ne doit rien au hasard mais résulte d'une politique institutionnelle volontariste et d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués et notamment de l'encadrement.

Une politique de recrutement offensive et multidirectionnelle

Une Direction des Ressources Humaines à l'écoute, réactive, capable de s'adapter aux attentes salariales et statutaires des candidats, de manière raisonnée et raisonnable dans un cadre lisible, est un préalable indispensable.

A ces mesures s'ajoutent également la mise en place de contrats d'allocation d'études (CAE) et de contrats d'apprentissage (2 à 3 par an depuis 2022) qui permettent d'attirer les étudiants intéressés par ces dispositifs d'accompagnement.

L'encadrement supérieur et les cadres de rééducation ont aussi exploré toutes les pistes de recrutement en s'ouvrant notamment à l'accueil en stage d'étudiants MKT formés en Europe (Espagne, Belgique, Portugal) et intéressés par une embauche au CHU.

Un partenariat privilégié a été construit avec l'IFM3R avec des rencontres avec les étudiants pour leur présenter notre établissement et mettre en place des parcours de stage personnalisés. Des sujets de mémoire de recherche sont aussi proposés aux étudiants les faisant bénéficier de l'expertise de nos professionnels et de l'expérience de chercheurs confirmés.

Enfin, la participation aux évènements RH organisés par le CHU, comme les job-dating, complète les actions, amenant des MKT exerçant dans d'autres structures à venir se renseigner et à réfléchir aux opportunités professionnelles offertes par notre établissement.

Un cadre de travail et des conditions d'exercice favorables

Si toutes ces actions contribuent à renforcer la visibilité du CHU et à en conforter l'attractivité, elles ne sont pas forcément suffisantes car les attentes des candidats portent également sur d'autres aspects et plus spécifiquement sur leurs conditions d'exercice au quotidien et leurs perspectives d'évolution et de formation au sein de la structure. Ces différents éléments sont devenus des paramètres incontournables qui vont les guider dans leurs choix.

Si la renommée de la structure et de ses équipes médicales constitue à elle seule un facteur d'attractivité indéniable (particulièrement vrai pour certains établissements spécialisés, à la renommée nationale bien établie), la qualité des plateaux de rééducation, la présence d'équipements de pointe et la pratique de techniques de rééducation innovantes sont particulièrement observées et souvent décisives dans le choix du postulant.

La reconstruction, en cours de finalisation, de notre structure de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) sur le site de l'Hôpital Saint-Jacques permet au CHU de Nantes de disposer d'un outil susceptible de faire rêver tout MKT.

Avec un plateau de rééducation de 4000 m², une balnéothérapie de 560 m² et des équipements ultra-modernes le CHU de Nantes dispose probablement du plus beau plateau de rééducation français voire européen.

Au-delà du MPR, la diversité d'activité de rééducation au sein de l'ensemble de nos services et spécialités permet le développement d'expertises qui séduisent les professionnels qui souhaitent nous rejoindre.

Pour certains professionnels issus du secteur libéral, la recherche d'un travail en équipe et la proximité d'exercice avec des médecins spécialistes constituent une motivation très souvent exprimée. Le questionnement sur le niveau des effectifs MKT, gage de qualité de soins, est devenu prégnant chez les professionnels attentifs au juste calibrage des moyens humains.

Au sein du GHT 44, nous nous interrogeons sur l'attractivité d'un exercice partagé entre plusieurs structures, permettant notamment de compléter des postes à temps partiels, qui constituent souvent des freins au recrutement. Des établissements ont misé sur des postes mixtes associant un exercice libéral à l'exercice hospitalier s'adaptant ainsi aux attentes des MKT concernés.

Un accompagnement personnalisé des parcours professionnels

Au-delà de la qualité de l'accueil et des modalités d'intégration dans l'établissement, la mise en place d'un suivi personnalisé du parcours professionnel est un élément clé très attendu par les MKT qui souhaitent nous rejoindre. Cet axe prioritaire a été particulièrement travaillé par l'encadrement.

La possibilité d'évoluer au sein de la structure et de pouvoir diversifier son parcours en changeant de poste constitue une autre attente à laquelle le CHU répond grâce à son dispositif de mobilité interne qui propose systématiquement tout poste qui se libère à l'ensemble du groupe MKT.

Notre plan de formation permet d'accompagner ces mobilités ainsi que le développement de l'évolution des compétences spécifiques à chaque spécialité.

Le développement de la recherche paramédicale a créé une dynamique au sein du collectif MKT, qui se traduit concrètement par le dépôt de nombreux projets de recherche, en premier lieu au titre de l'Appel à Projet Interne (qui sert souvent de tremplin aux chercheurs) puis pour des projets plus aboutis dans le cadre du PHRIP ou à l'AAP du CNOMK.

Au dernier AAP interne, la moitié des projets présentés l'était par des rééducateurs et la lauréate de l'AAP 2022 était une MKT pour un projet sur la kinésithérapie dans un service d'urgences. Ces réussites créent une émulation au sein du groupe, entraînent chaque année de nouveaux rééducateurs, et de MKT, vers la recherche paramédicale et donnent envie de nous rejoindre.

Cette année, la prise en charge institutionnelle d'un MTK vers un doctorat va concrétiser l'investissement du CHU et sa volonté d'accompagner ses professionnels dans leurs projets.

Il n'existe toutefois pas de recette miracle pour attirer et fidéliser les MKT à l'hôpital mais additionnées, toutes les attentions et les actions citées plus haut, créent les conditions pour favoriser leur épanouissement professionnel au sein de notre établissement et leur donner envie de s'y investir durablement.

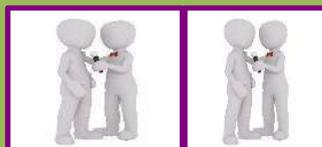
Par contre, il faut savoir que notre crédibilité en termes d'attractivité et de fidélisation ne sera que la résultante de notre capacité à mettre en cohérence nos promesses et la réalité de leur exercice au quotidien....

Jean Michel LIGNEL
CGS CHU NANTES

A noter Jean Michel LIGNEL
sera intervenant aux
JNKS NANTES 2024

EFFECTIFS RATIOS CARRIERES
au cœur des JNKS NANTES 2024
au CHU de NANTES
du 25 au 27 septembre

RetEx



**Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles**

2024 : FC Deuil et Culturalité
2023 : FC Education
Thérapeutique
2020 : FC MOOC soins palliatifs
(Université paris seine)
2017 : FC MOOC comprendre la
respiration (Université Louvain)
2014 : DEMK (ADERF)
2012 : Diplôme AFGSU
2009 : Bac S mention Bien



Exercer le métier de masseur-kinésithérapeute au CHU de Nantes au sein de secteurs singuliers et spécifiques : une équipe mobile douleur pédiatrique, une équipe mobile soins palliatifs pédiatrique et un HDJ Ado. Lumir Garnier nous rapporte cette expérience relativement unique en son genre.

J'ai eu mon diplôme de masseur kinésithérapeute en 2014. Les années suivantes j'ai essentiellement exercée en milieu hospitalier pédiatrique en pneumologie et réanimation.

Arrivée au CHU de Nantes en 2019, j'ai intégré des secteurs qui sortaient de mes habitudes : la douleur en pédiatrie, les soins palliatifs pédiatriques et l'hôpital de jour (HDJ) ado. J'ai relevé ce défi en me disant qu'il pouvait être bon de sortir de ma zone de confort.

Ces 3 équipes ont des organisations différentes

Les Equipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques ont été créés en 2011 pour répondre à une demande de plus en plus croissante de prise en charge palliative des enfants.

Il en existe dans chaque région et elles ont un rôle intra et extra hospitalier.

Comme leur nom l'indique, elles sont ressources et ne sont pas en première ligne. Elles sont toujours multidisciplinaires (médecin, infirmier, psychologue...) et il en existe deux en France avec un kinésithérapeute.

Concernant l'équipe mobile douleur pédiatrique, elle est composée d'un algologue pédiatrique, une infirmière et un kinésithérapeute. Ses missions sont de donner des avis dans les services, les consultations externes et des séances d'éducation thérapeutique.

L'HDJ ado du CHU de Nantes a ouvert en 2013.

Ce service regroupe des professionnels de la rééducation (ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute), une éducatrice, une diététicienne, une psychologue, des infirmiers et des médecins.

Il a été créé pour accueillir des adolescents, du collège au lycée, présentant une pathologie somatique et psychique intriquée à la suite d'une hospitalisation temps-plein ou au détour d'une consultation. Un projet de soin personnalisé, élaboré en équipe pluridisciplinaire est proposé à chaque adolescent, pour une durée de trois mois minimum.

Il est proposé au patient des prises en charge groupales ou individuelles en complémentarité, des soins sous forme d'ateliers autour du corps, de la créativité, de la socialisation, de l'expression, de l'alimentation, des repas thérapeutiques et des groupes de paroles.

Malgré la spécificité propre de ces trois secteurs, je me suis rapidement rendue compte que ce que j'avais appris lors de ma formation initiale risquait de ne pas suffire pour m'épanouir. Une de mes forces a été mon expérience passée. J'avais une connaissance assez globale du monde de la pédiatrie, des différentes pathologies et spécificités. J'avais déjà pu travailler avec d'autres acteurs du soin et m'étais constituée un réseau de professionnels ressources.

Ce qui est enrichissant dans ces services c'est qu'ils nous forcent à l'introspection et à puiser dans nos compétences professionnelles mais aussi personnelles pour pouvoir développer notre créativité et nous aider dans les propositions que nous pouvons apporter aux patients.

Dans ces domaines, ce qui m'enrichit le plus est l'échange avec les autres professionnels, les patients et leurs familles.

L'expérience est un véritable atout et j'ai pu en bénéficier auprès des collègues de mon équipe. Cela a été ma première ressource à mon arrivée.

Pouvoir travailler en binôme dans ces équipes est une vraie force, cela permet de croiser les regards (professionnels mais aussi personnels), se sentir sécurisé et étayer les propositions auprès des patients.

Ce sont aussi des services qui donnent de l'importance aux staffs cliniques et à ce que chaque acteur du soin (médical, paramédical et social) puisse s'exprimer.

Qu'est-ce qu'apporte le kinésithérapeute dans ces équipes ?

Cela a été une des premières questions que je me suis posée. Comme je l'ai évoquée précédemment ce n'est pas seulement le kinésithérapeute qui est attendu dans ses équipes mais aussi tout ce que peut apporter la personne en elle-même.

Ça a été une difficulté pour moi car je ne m'étais jamais posée ce genre de questions auparavant étant habituée à répondre à la prescription médicale.

Dans ces services, même si je travaille sous couvert du médecin, les propositions que je peux apporter aux patients sont bien plus vastes et moins conventionnelles.

Bien sûr, il y a des thérapeutiques propres à la kinésithérapie : je suis amenée à faire des bilans oralité-déglutition, d'appareillages, musculo-squelettiques, des massages thérapeutiques, beaucoup d'éducation à la réhabilitation musculaire et aux étirements actifs et passifs.

Mais parfois il peut être intéressant pour ces patients de se décaler du soin et d'entrer plus dans leur quotidien pour travailler l'alliance thérapeutique.

Pour cela j'ai choisi de me former au yoga et d'animer des séances collectives. Cela permet de travailler le renforcement musculaire, l'assouplissement, et la pleine conscience corporelle (très intéressant pour les patients dissociés) mais avec un côté plus ludique.



Séance de Yoga en HDJ ado

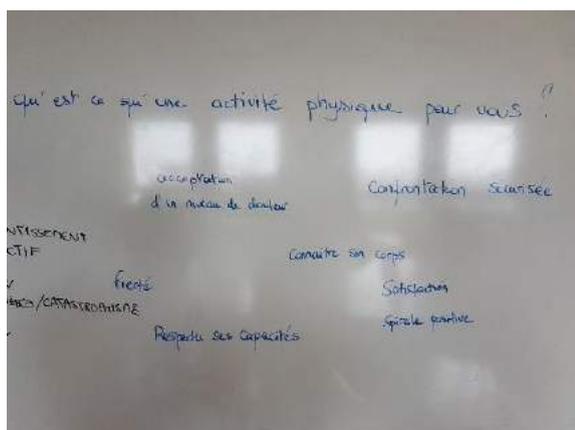
Il a aussi été très intéressant de me former à l'approche Snoezelen pour pouvoir accompagner les enfants dans un autre type de relation et d'explorer l'approche sensorielle.



Séance snoezelen en groupe

J'ai également pu bénéficier de la formation en éducation thérapeutique du patient. C'est une des formations les plus pertinentes que j'ai fait car cela permet de travailler sur les croyances du patient, ce qui est très intéressant dans toutes pathologies chroniques qu'elle soit somatique ou psychique. Très motivée suite à cette formation, nous avons créé, avec l'algologue pédiatrique, un cycle d'Education

Thérapeutique de l'adolescent atteint de douleur chronique que nous avons lancé en 2022 avec succès.



Brainstorming en ETP sur l'activité physique dans la douleur chronique

Cela m'a poussé à également réfléchir à un programme d'ETP sur l'hyperactivité du patient atteint de trouble de comportement alimentaire. En effet, ces patients épuisent leurs corps au maximum, ne ressentent plus les limites physiques et n'éprouvent aucun plaisir en faisant leur activité physique qui se fait souvent de façon isolée et en renforçant la partie antérieure de leur corps (celle qui est le plus exposée au regard des autres et renvoyée en miroir).

Pour ces patients j'anime un atelier sur l'activité physique encadré dont l'objectif est de retrouver du plaisir en pratiquant de l'activité physique : il se fait en groupe, sans notion de performance, on s'inspire souvent des jeux d'enfance pour élaborer les séances. Ils apprennent également quelques notions d'anatomie et de physiologie musculaire notamment sur le périnée.

J'ai également souhaité réinvestir toutes les connaissances que j'avais pu avoir en pratiquant la kinésithérapie respiratoire. La plupart des patients que je rencontre n'ont

aucune connaissance sur la physiologie respiratoire et comment ils respirent.

J'essaie toujours de partir de quelques notions théoriques pour ensuite les amener vers des techniques de relaxation respiratoire. Les retours que j'ai eu sont un accès à la détente, une diminution des douleurs, et un outil qu'ils peuvent mobiliser quand du stress et des angoisses surgissent.



Séance de feed back sur la physiologie respiratoire

Le travail interprofessionnel est vraiment le point fort de ces services. Chacun a son regard lié à sa profession et a son vécu et nous bénéficions de temps hebdomadaire pour pouvoir les croiser. Ce temps là, où nous ne sommes pas auprès des patients, reste très important pour assurer une prise en charge de qualité et sécuritaire.

Mes prochains projets sont de proposer des temps informels de massage aux patients hospitalisés et présentant des douleurs, un envahissement de stress et d'angoisse psychique et même l'apprentissage d'auto-massage ainsi que de développer l'éducation thérapeutique qui permet souvent de redonner de la dynamique quand le patient et le soignant ont l'impression de ne plus avancer ou de ne pas avoir les mêmes objectifs.

Sortir de ma zone de confort a été une réelle opportunité pour développer des compétences et une expérience singulière mais qui pourront me servir dans mes pratiques futures, dans n'importe quel champ disciplinaire.

Pour aller plus loin :

Yoga for Body, Breath and Mind – A.G. Mohan, Ruda Press

Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. J-F. d'Ivernois, R. Gagnayre. Ed. Maloine, 2ème éd. 2004, 155 p. (Coll. Education du Patient)

L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. A. Lacroix, J-P. Assal. Ed. Maloine, 2ème éd. 2004, 240 p. (Coll. Education du Patient)

Synthèse des principes et schémas de prise en charge dans les troubles neurologiques fonctionnels. G.

Carle-Toulemonde, C. Hingray, O. Alaoui, S. Aybek, S. Mouchabac, B. Garcin. Elsevier Masson. 2023

A noter Lumir GARNIER
sera intervenante
aux
JNKS NANTES 2024

LA PEDIATRIE
au cœur des JNKS NANTES 2024
au CHU de NANTES
du 25 au 27 septembre

RetEx



Au cœur d'un établissement

Portraits, Parcours & Paroles

Emmanuelle BERNIER

- 1996 : D.E. Psychomotricité – Pitié-Salpêtrière
- 2006 : D.U. Gériatologie « Réseaux de Soins et Institutions au service la Personne Agée » - Université Paris 13
- 2010 : Diplôme Cadre de Santé – IFCS Crois Rouge Paris XIV / Master 1 en « Sciences de gestion, mention Management » – CNAM Paris



La question de la rééducation au Pôle Hospitalo-Universitaire Psychiatrie et Santé Mentale du CHU de Nantes.

La rééducation en psychiatrie et santé mentale concerne les personnes présentant une grande vulnérabilité, physique et psychique ; les facteurs de vulnérabilité pouvant être d'origine génétique, physique ou sociale.

Ce pôle est composé de neuf services de psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie, ainsi que de nombreuses structures de soins transversales. Son activité couvre des activités de prévention, de soins hospitaliers et ambulatoires, et d'activité de recours départementale voire régionale. Il participe à l'enseignement et la recherche du CHU.

Ces missions s'exercent en lien avec les urgences du CHU, les services de médecine, gériatrie, chirurgie, pédiatrie et obstétrique du CHU de Nantes (psychiatrie, pédopsychiatrie, gériatopsychiatrie et addictologie de liaison), les médecins généralistes ou spécialistes, et de nombreux acteurs des réseaux de soins, de partenariats spécifiques (établissements médico-sociaux, Ville de Nantes, associations)

Les objectifs de soins psychiatriques incluent la recherche ou le rétablissement d'un équilibre psychique, corporel, émotionnel et social, de manière non exhaustive.

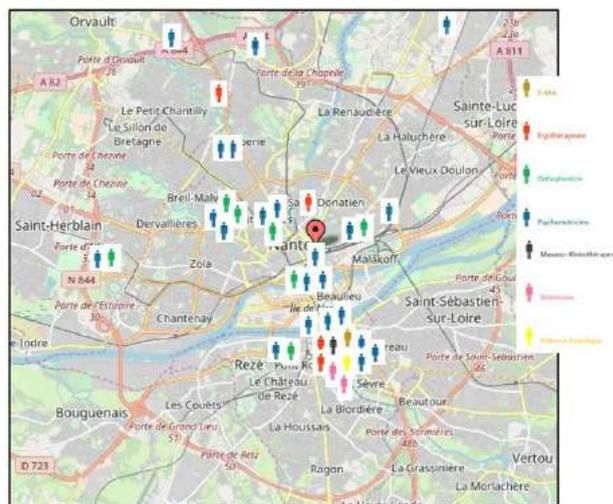
Les pratiques des rééducateurs s'appuieront sur des bilans et se déclineront en prises en soins individuelles ou en médiations co-animées pluri-professionnellement.

La médiation étant un outil relationnel, expressif et de communication avec autrui, toutes les approches en ce sens peuvent être utilisées en médiation.

Les rééducateurs en psychiatrie au CHU de Nantes interviennent auprès de patients de tous âges. Ils exercent à tous les niveaux et dans les différentes modalités de prises en charge envisagées pour les patients telles que l'hospitalisation sous contrainte, l'hospitalisation libre, le suivi ambulatoire, le suivi en milieu carcéral, en Hôpitaux de Jour, en Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), en Centres Médico Psychologiques (CMP). Ils font également partie des unités de dépistage, de diagnostic et d'orientation et de centres d'expertise. Ce sont principalement des psychomotriciens (13.2 Equivalents Temps Plein - ETP), des orthophonistes (5.4 ETP), des ergothérapeutes (4 ETP), des kinés (1 ETP), des enseignants en activité physique adaptée (1 ETP) et des pédicures-podologues (0.1 ETP).

Des rééducateurs intervenant sur sollicitations ...

La pédicure-podologue intervient auprès de patients adultes hospitalisés, que ce soit en unités ouvertes ou fermées, sur sollicitations des équipes médico-soignantes, ce qui représente un total de 240 lits d'hospitalisation.



La reconnaissance et les liens tissés de la relation sont indispensables à la réalisation de tels soins. Ce temps de la rencontre est indissociable du soin de podologie en psychiatrie. En 2023, ce sont 226 patients qui ont pu bénéficier de soins cutanés ou unguéaux.

Le poste de kinésithérapeute est rattaché aux unités d'hospitalisation du site de Saint Jacques. En collaboration avec les médecins somaticiens rattachés aux secteurs de psychiatrie, le kinésithérapeute répond à des prescriptions de prises en soins de symptômes respiratoires aigus, de troubles d'équilibre, des risques liés à une perte d'autonomie ou de grabatairisation, de syndromes post-chutes, de lésions traumatiques du membre supérieur (brûlures, amputations, sections tendineuses). Ces dernières sont plus fréquentes chez de tels patients que dans la population générale.

Il propose également des sessions d'éducation thérapeutique dans le cadre de troubles du comportement alimentaire (idées reçues, pratique sportive intensive et conséquences). Au-delà des objectifs rééducatifs et fonctionnels, le kinésithérapeute contribue à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients en souffrance psychique grâce à son approche corporelle (exercice physique, massages, gestion de la douleur).

Nouveau professionnel au sein du pôle de psychiatrie et santé mentale (poste créé en septembre 2023), l'enseignant en activité physique adaptée et santé (E-APAS) répond aux sollicitations des médecins somaticiens et psychiatres des unités. L'E-APAS est un professionnel de la réadaptation, par les activités physiques, sportives et artistiques, et leurs bienfaits. Les propositions peuvent être réalisées au sein des unités ou à l'extérieur, et, sont adaptées aux capacités des patients. L'E-APAS contribue à l'entretien des capacités physiques et au maintien de l'autonomie des patients totalement déconditionnés.

Ces activités ont également pour objectif l'après-hospitalisation. Grâce à son riche réseau, l'E-APAS offre aux patients lors de leur suivi, de nombreuses possibilités d'initiation participant à leur future réinsertion sociale (sport, santé, loisirs, associations sportives, maisons de quartier...).

A partir du 1^{er} semestre 2024, l'E-APAS collabore à un travail de recherche. Il s'agit du « programme d'activité physique adaptée à des fins de santé dans la prise en charge de l'anorexie mentale » de Laurence Kern et Lilian Fautrelle – Enseignants chercheurs à l'Université Paris Nanterre.

Des rééducateurs œuvrant à la réhabilitation psychosociale ...

L'intervention de l'ergothérapeute est sollicitée lorsque les patients rencontrent des obstacles dans leurs capacités d'action, relationnelles et sociales. Les sciences de l'occupation guident leurs pratiques et contribuent au bien-être psychique des patients.

Deux des ergothérapeutes exercent au sein d'une Unité de Médiations Thérapeutiques, rattachée aux services d'hospitalisation et sur sollicitations des médecins et des équipes des unités. Cette unité pluri-professionnelle est composée de 4 infirmières, de 2 ergothérapeutes, d'1 psychomotricienne, d'1 médecin psychiatre référent et d'1 cadre de santé. Elles proposent des prises en soins individuelles et, ou, en groupe, au moyen de médiations.

Elles participent également à la vie institutionnelle de l'Unité (Permanence sur des temps d'accueil où les patients hospitalisés peuvent retrouver une vie sociale en allant à la rencontre des autres et en tissant avec eux des liens sociaux, co-construction d'événements majeurs organisés dans l'année).

Les autres ergothérapeutes travaillent dans des unités extrahospitalières (HdJ, CATTP), ce qui leur permet d'intervenir directement auprès des patients dans leur environnement de vie. Les soins sont dispensés à la fois au sein de la structure (prises en charge individuelles, médiations), en ville (expositions, événements sportifs, sorties en ville) et au domicile du patient. Ils font partie intégrante de l'équipe pluri-professionnelle et participent à la continuité d'accueil et d'accompagnement quotidien des patients.

Des rééducateurs co-acteurs de la psychothérapie institutionnelle ...

Les orthophonistes, sur le pôle de psychiatrie, sont concernés par les prises en soins des patients les plus jeunes, de 3 à 25 ans, présentant des pathologies du langage et de la communication.

En consultations spécialisées, c'est l'expertise de l'orthophoniste qui est recherchée dans le diagnostic des troubles du neuro-développement, de schizophrénie, de maladies rares à retentissement psychiatrique, de dépistage de l'autisme. Les acteurs de ces unités spécifiques dispensent également des formations à destination des accompagnants, des enseignants, des soignants.

En structures d'accueil, qu'elles soient CMP ou HDJ, le rôle de l'orthophoniste est attendu sur la prévention, l'évaluation et le soin (individualité, groupes, médiations co-construites).

La modalité de communication peut varier et s'adapter aux patients : gestes naturels, signes LSF, objets, photos, images, pictogrammes, langage oral, langage écrit, dessin. L'association de la famille et le travail en réseau sont prégnants dans le suivi des enfants.

Les psychomotriciens s'adressent à l'ensemble des patients accueillis en psychiatrie au CHU de Nantes, des structures pensées pour les plus jeunes enfants aux unités de psychogériatrie.

Les troubles psychiatriques quels qu'ils soient ont des répercussions importantes au niveau du corps. Ils influent sur le tonus, la sensorialité, les affects, les représentations, les relations.

De par leur approche psychocorporelle, ces thérapeutes s'inscrivent dans la pluri-professionnalité des équipes de soins en santé mentale.

Les psychomotriciens vont exercer en consultations individuelles, en vue de diagnostics, de bilans et de dépistages, :

- en visites à domicile,
- en groupes thérapeutiques,
- en services d'hospitalisation,
- en structures extrahospitalières,
- ou encore milieu carcéral.

Leurs actions thérapeutiques viseront le schéma corporel, l'image du corps, le dialogue tonique, la gestion des émotions, les manifestations liées aux angoisses et à l'anxiété.

De pratiques isolées à une complémentarité des pratiques ...

Cette diversité des rééducateurs, leurs spécialités, leurs expertises et l'hétérogénéité de leurs lieux d'exercice en font pour le cadre de santé un enjeu de management de proximité.

Tisser des liens entre des pratiques isolées contribue à créer une dynamique de rééducation au sein du pôle. L'homogénéisation des parcours de soins rééducatifs des patients, et plus particulièrement concernant une évaluation pertinente et co-construite, est un des objectifs de cette dynamique.

Donner de la visibilité à ces prises en soins spécifiques du pôle et de l'institution qu'est le CHU de Nantes en général, concoure à enrichir les pratiques et à développer les possibilités rééducatives.

Des enjeux managériaux de transversalité sont également d'importance.

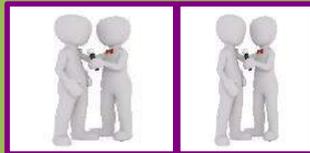
Il s'agit de recrutements, mais également d'optimisation et d'efficacité des parcours de soins des patients pris en charge par différents services, auxquels les rééducateurs apportent leur expertise (urgences, médecine, gériatrie, pédiatrie, obstétrique, psychiatrie de liaison).

De par son expertise métiers, le cadre de santé des métiers de rééducation au sein du pôle de psychiatrie peut avoir un rôle de consultation. Il affine les choix en rééducation dans l'émergence des besoins des patients et des projets de soins construits en conséquence. Il participe à clarifier le réalisme des attentes et des qualifications rééducatives requises dans l'élaboration de projets ou de leurs modifications.

L'évolution continue de la spécialité psychiatrique et les secteurs concernés par les enjeux actuels de santé publique portant sur l'enfance et l'adolescence (renforcement du dépistage précoce pour les TDN, Prises en charges des refus scolaires anxieux, développement de la prise en charge de la crise suicidaire chez l'adolescent) nécessitent des créations de postes et notamment en rééducation. En 2024, ce sont 4 nouveaux postes de psychomotriciens et d'orthophonistes.

Emmanuelle Bernier
CDS, psychomotricienne

RetEx



Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles

Agnès BROUSSE

1994 : DE MK

1994-2009 : MK

- CRF Le Mans,
- libérale (5 mois),
- CH de Vertou
- CRF La tourmaline

2010 : DCS, Master 1

2010-2014 : CDS SSR spécialisé

2014-2023 : MK en SSR puis Institut Cancérologie

Sept. 2023 à ce jour : MK Coordinatrice HADR, Na



Qu'est-ce que l'HAD ?

L'Hôpital à Domicile (HAD) est un établissement de santé qui « a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes (1) ».

L'HAD contribue également à l'évaluation et l'orientation du patient. Il assure si nécessaire une prise en charge psychosociale et des actions d'éducation thérapeutique du patient.

L'HAD est prescrite pour une durée limitée, mais renouvelable si besoin et nécessite obligatoirement l'accord du patient et de son médecin traitant ou d'un médecin référent.

L'HAD de Nantes et Région créé en 1980 est un établissement de santé sans hébergement de statut associatif (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif = ESPIC) présidé par le Dr Elisabeth Hubert et dirigé par Agnès Pichot. L'HAD de Nantes et Région est indépendant et a pour habitude de collaborer avec différents "adresseurs" qu'ils soient publics, privés ou libéraux.

Objectifs et obligation de l'HAD :

Les objectifs de l'HAD sont d'éviter une hospitalisation avec hébergement et/ou de raccourcir une hospitalisation en cours.

Les obligations de l'HAD sont les mêmes que celles des établissements de soin avec hébergement :

- continuité des soins 24H/24 et 7J/7 avec une astreinte téléphonique médicale et de coordination du soin (infirmière de coordination) ;
- sécurité et qualité des soins certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS). L'HAD de Nantes et Région a été certifiée en juillet 2018 (Niveau A) et la prochaine certification aura lieu en décembre 2024.

Territoire d'intervention

Le territoire d'intervention est défini dans l'autorisation sanitaire accordée à l'établissement, avec la liste des communes concernées.

L'HAD Nantes et Région s'est développée progressivement sur l'agglomération nantaise, puis le Pays d'Ancenis, le Sud-Loire, et le Pays de Chateaubriant. Aujourd'hui, ce sont 191 communes de Loire Atlantiques qui sont couvertes par l'HAD de Nantes et Région, regroupées autour de 4 antennes (Nantes Nord, Nantes Sud, Ancenis et Chateaubriant). Les kinésithérapeutes salariés de l'HAD interviennent dans un rayon de 30 km autour de Nantes. L'HAD de St Nazaire complète le territoire à l'Ouest du département permettant un maillage complet de la Loire-Atlantique avec une offre d'hospitalisation à domicile.

Activités

Les HAD ont tous une activité « socle » obligatoire et polyvalente (autrement appelée « soins généraux »). A l'HAD de Nantes et Région, les soins généraux représentent 88% de l'activité avec la prise en charge de pansements complexes (30%), soins palliatifs (30%), douleur (16%) et autres traitements spécifiques (chimiothérapie, traitement intra veineux, soins de nursing lourd...). Ces prises en charge principales, peuvent être associées à de la kinésithérapie avec le kinésithérapeute libéral du patient ou à défaut, le kinésithérapeute salarié de l'HAD. Les soins sont effectués sur le lieu de vie du patient qui peut être son domicile mais aussi dans un établissement social ou médico-social.

Aujourd'hui, ce sont en moyenne 243 patients par jour qui bénéficient d'une prise en charge à l'HAD Nantes et Région, avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 29 jours.

La croissance de l'HAD de Nantes et Région, a nécessité à diverses reprises :

- d'adapter l'organisation des prises en charge pour répondre aux attentes des prescripteurs, des patients et aux spécificités des territoires ;
 - de construire et faire vivre des partenariats forts avec les professionnels libéraux et les établissements ;
 - de développer des expertises ;
 - d'ajuster l'organisation du travail (création d'antennes, implantation dans de nouveaux locaux, développement des outils de mobilité et accessibilité du dossier patient à distance...)
- Au cours des dernières années, pour répondre à un besoin des prescripteurs, l'HAD développe des prises en charge programmées et courtes (ALR, Tysabri, Ferinject).

Fin 2022, l'HAD débute l'activité ante et post-partum.

Forte de son ancrage au sein du territoire, de son expérience en soins généraux, de sa capacité d'adaptation à de nouvelles activités, l'HAD s'inscrit dans le projet d'HAD Réadaptation en 2023 pour répondre à de nouveaux besoins identifiés sur le territoire.



Organisation

L'équipe de l'HAD se compose de 184 ETP salariés et s'appuie près de 2800 professionnels libéraux partenaires dans la prise en charge du patient lors de son séjour HAD (1260 Médecins traitants, 950 Infirmiers libéraux, 350 Pharmaciens de ville, 40 Sage-femmes libérales et 150 Kinésithérapeutes libéraux).

Le rôle de l'HAD Nantes et Région est de réaliser des soins adaptés aux besoins des patients et aux demandes des prescripteurs en coordonnant les différents acteurs de santé majoritairement libéraux (80% des soignants), qui peuvent s'appuyer sur l'expertise des médecins et soignants salariés référents (soins palliatifs, plaie, douleur, hygiène) et d'organiser les relais à la sortie d'HAD.

Sur chaque secteur, l'HAD de Nantes et Région comprend une équipe de coordination salariée (cadre, infirmiers de coordination, médecin, secrétaire médicale), ainsi qu'un assistant social et une psychologue. Chaque équipe est également composée de soignants de terrain pluriprofessionnels salariés et/ou libéraux.

Les services support (développement et partenariats, ressources humaines, qualité, système d'information, comptabilité) sont transversaux et au service de l'ensemble de l'organisation.

Les soins sont le cœur de métier de l'HAD. Ils sont pluriprofessionnels

- 
- aides-soignantes,
 - assistante sociale,
 - auxiliaires de vie,
 - diététicien,
 - ergothérapeute,
 - infirmiers,
 - kinésithérapeutes,
 - orthophoniste,
 - psychologue,
 - sophrologue

Le personnel est de statut mixte (salariés de l'HAD et/ou professionnels de ville).

Les soins sont réalisés au domicile du patient en étroite collaboration avec l'équipe de coordination de l'HAD.

La rééducation est assurée par 5 kinésithérapeutes salariés (3 ETP), et des kinésithérapeutes libéraux.

3 kinésithérapeutes ont une activité mixte Les kinésithérapeutes salariés sont répartis sur un ou deux secteurs géographiques prédéfinis.

Cette organisation permet d'avoir un kinésithérapeute identifié et référent pour chaque secteur, de limiter les distances d'un domicile à l'autre, de diminuer le nombre d'interlocuteurs, de favoriser l'intégration des kinésithérapeutes au sein des équipes de secteur et de participer à la réunion de synthèse du secteur, hebdomadaire et pluriprofessionnelle.



Une réunion de l'équipe MK avec le MK cadre de santé (0.9 ETP) a lieu toutes les semaines dans les bureaux de l'HAD pour planifier les séances des patients, aborder les sujets institutionnels, échanger sur les difficultés ou facilités rencontrées, faire des présentations de retour de formation. Les kinésithérapeutes libéraux qui interviennent signent une convention avec l'HAD qui précise les règles de partenariat. La coordination est spécifique à l'activité de l'HAD.

Elle assure l'organisation et le suivi des soins avec tous les intervenants (soignants du terrain, patient et son entourage, médecin traitant, pharmacie, laboratoire, services hospitaliers). L'équipe est salariée et travaille en open-space.

- Le suivi médical : Le médecin traitant du patient reste généralement le médecin référent lors de l'hospitalisation à domicile. Les 8 praticiens de l'HAD font le lien avec le médecin traitant, les médecins spécialistes extérieurs et l'équipe soignante de l'HAD. Les sages femmes de l'HAD interviennent dans la filière ante et post partum.

- Les infirmiers de liaison (IDELI) interviennent en amont de l'entrée en HAD pour évaluer la faisabilité d'un séjour HAD, recueillir l'accord du patient et son entourage, anticiper ses besoins au domicile et discuter du projet thérapeutique.

Cette visite se fait en présence du patient là où il est (service d'hospitalisation ou domicile).

- Les infirmiers de coordination (IDEC) organisent et coordonnent les soins avec l'ensemble des intervenants salariés et libéraux. Ils assurent le suivi de la prise en charge et ajustent le projet de soin en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient en réalisant des visites à domicile. Ils animent au sein de l'HAD la réunion de synthèse pluriprofessionnelle hebdomadaire. Pour faciliter la participation de partenaires libéraux, la visio est de plus en plus proposée.

Les cadres de santé animent et encadrent l'équipe soignante et l'équipe de coordination. Ils sont responsables de la continuité, la sécurité et la qualité des soins dans le respect des droits du patient, de la sécurité des soignants et en adéquation avec le projet d'établissement.

Médicaments

L'HAD ne dispose pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). La pharmacie de ville habituelle du patient, reste le fournisseur privilégié du patient.

Le pharmacien et les 5 préparatrices en pharmacie de l'HAD gèrent le circuit du médicament (saisie des ordonnances dans le dossier patient, puis envoi à la pharmacie de ville) et les dispositifs médicaux (set à pansements, gants, protections...) en lien avec le service logistique.

Seuls les médicaments de la réserve hospitalière et la dotation de médicaments pour besoins urgents sont gérés à la pharmacie de l'HAD.

Fonctions support

- La logistique organise la mise à disposition du matériel médical et médico-hôtelier (lit médicalisé, adaptable, matelas air, appareils respiratoires, oxygène, fauteuil roulant, arthromoteur, coussins spécifiques...) qui est loué à des prestataires externes pour la durée du séjour du patient.
- Le service Système d'Information (SI) gère les moyens de communication et les accès informatiques sécurisés pour les salariés de l'HAD et les professionnels libéraux.

- L'équipe gère aussi le parc de véhicules, mis à disposition des salariés de l'HAD pour se déplacer au domicile des patients (115 voitures).

L'outil de travail essentiel des professionnels de l'HAD est le Dossier Informatisé du Patient (DPI) qui a comme support l'ordinateur et le smartphone. Le DPI permet de centraliser et partager en temps réel, les données de santé du patient, la traçabilité des soins réalisés et la transcription des échanges autour du patient.

Toutes ces messages, peuvent être transmis successivement et quel que soit le lieu où se trouve l'émetteur et le récepteur (au domicile du patient, au bureau de l'HAD, au cabinet du libéral...).

Le DPI, qui contient les données de santé, est essentiel pour assurer la sécurité des patients, la continuité et la qualité des soins. Ces données étant sensibles, la sécurité des accès, ainsi que les supports (smartphones) doivent avoir une sécurité optimale.

Il remplace progressivement le dossier papier au chevet du patient encore présent pour les intervenants libéraux qui n'ont pas accès au DPI. L'accès au DPI pour les libéraux a débuté en 2021 avec les IDE et se poursuit aujourd'hui pour les autres professionnels. Le déploiement de l'accès au DPI pour les kinésithérapeutes libéraux a débuté en décembre 2023. En l'espace de 4 mois, ce sont 127 kinés libéraux qui peuvent utiliser l'application.

Financements

L'HAD est financée par l'assurance maladie selon la méthode de tarification à l'activité (T2A) en place depuis 2005.

Chaque séjour est rémunéré en fonction du type de prise en charge, de la dépendance du patient et de la durée du séjour (application d'une dégressivité).

En retour, l'HAD rémunère ses salariés (50% du budget) et les intervenants extérieurs (40% du budget). Les frais de fonctionnement et investissements (voitures, informatique, bâtiments) représentent 10% du budget de l'HAD.

Pour le patient, tous les frais sont pris en charge par l'HAD.

**BUDGET
HAD NANTES ET RÉGION**



L'organisation décrite est propre à l'HAD de Nantes et Région pour répondre aujourd'hui aux besoins de notre territoire. Demain, les besoins vont évoluer et nous devons nous préparer à y répondre.

L'HAD R, en proposant de la réadaptation à domicile est un concept encore peu connu mais qui tend à se développer.

L'HAD de Nantes et Région, convaincue par les soins à domicile, veut participer à ce nouveau projet que nous décrirons dans un prochain article.

HAD-R
RÉADAPTATION

NOUVEAU

Fillières de prise en charge

- NEUROLOGIE
- POST CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET VASCULAIRE
- AUTRES PARCOURS avec un potentiel de récupération

CONTACT ☎ 02 40 16 04 70 ✉ contact@had-nantesregion.fr

Objectif de l'HAD-R
La rééducation à domicile permet de retrouver un traitement maximal dans son environnement habituel et pour les personnes de la vie quotidienne, dans un cadre sécurisé.

Qu'est-ce que c'est ?
L'HAD-R propose une rééducation pluridisciplinaire coordonnée, associée à des soins, avec astreinte 24h/24, au domicile ou en établissement d'hébergement, par une équipe de professionnels spécialisés :

- > Médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation
- > Médecin coordonnateur
- > Kinésithérapeute
- > Ergothérapeute
- > Orthophoniste
- > Diététicien
- > Équipe de coordination

En fonction des besoins, des suivis particuliers sont mis en place avec intervention par exemple du service social de l'HAD ou d'un psychologue.

Quelles sont les pathologies prises en charge ?
L'HAD-R s'adresse aux patients atteints de pathologie d'origine neurologique (par exemple à la suite d'un accident vasculaire récent), en post chirurgie orthopédique et vasculaire (par exemple suite à fracture complexe, prothèse ou amputation) ou d'une autre filière de prise en charge rééducative intensive et pluriprofessionnelle avec un potentiel de récupération.

Quelles sont les modalités de prise en charge ?
L'HAD est prescrite par le médecin hospitalier ou le médecin traitant (l'accord de ce dernier est indispensable). Dans certains cas, les professionnels libéraux habituels du patient (infirmier, kinésithérapeute ou orthophoniste) sont intégrés à l'équipe d'HAD-R. Les interventions des professionnels, le matériel, les médicaments ainsi que les examens biologiques liés aux soins sont pris en charge par l'HAD comme à l'hôpital.

Et après ?
L'HAD-R est prescrite pour une durée limitée (entre 1 à 8 semaines) et sa pertinence réévaluée régulièrement. Dès que possible, le relais est organisé avec les professionnels de ville. Une synthèse de la prise en charge est alors adressée au médecin traitant et au médecin ayant prescrit l'HAD.

L'HÔPITAL À DOMICILE
le soin autrement

L'Hôpital à domicile Nantes & région coordonne et assure à domicile des soins de nature hospitalière, en lien avec le médecin traitant et le médecin spécialiste.

L'hospitalisation à domicile peut remplacer une hospitalisation complète, dès lors que des soins intensifs et le recours à un plateau technique ne sont pas nécessaires.

NOS CHAMPS D'INTERVENTION

- Soins gériatrics
- Ante et post partum
- HAD - R

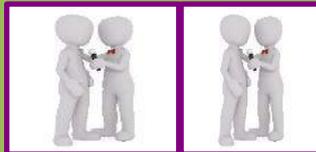
POUR VOS DEMANDES D'ADMISSION
Contactez notre cellule ordonnancement.

- Via Trajectoire
- Par téléphone au : 02 40 16 04 77
- Par mail sécurisé : ordonnancement@had-nantes.mssanrte.fr

A noter
Agnès BROUSSE, sera intervenante
aux
JNKS NANTES 2024

L'HAD R
au cœur des JNKS NANTES 2024
au CHU de NANTES
du 25 au 27 septembre

RetEx



**Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles**

KINESITHERAPEUTE AU SEIN D'UN DAC !?!?

Parce que la profession de Kinésithérapeute est globale et spécifique, singulière et plurielle, qu'elle ouvre à de nombreux métiers, KINESCOPE interviewe Véronique JEAN, MKDE, devenue responsable territoriale au sein d'un DAC ! Le DAC de Loire -Atlantique.

- 1998 DE MK
- 2003-2004 spécialisation en Réadaptation Cardio-Vasculaire
- 2005 formation à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- 2009 DU de Kinésithérapie Respiratoire et Cardio-Vasculaire
- 2012 début de l'enseignement dans les différents instituts de formation (IFAS, IFMK...)
- 2013 ouverture du service de Réhabilitation Respiratoire CHU Nantes
- 2015 DIU de Tabacologie
- 2017 Enseignante vacataire universitaire pour le DU de Réhabilitation Respiratoire et à l'UFR STAPS
- 2020 Certification "Coordinatrice de Programme ETP"
- 2021 Enseignements K4, K5 Module ETP à l'IFM3R de Nantes.



KINESCOPE : Pouvez-vous nous parler de vos débuts en tant que kinésithérapeute ? Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir cette profession ?

Véronique JEAN : "Etant lycéenne j'ai longtemps hésité sur les études à poursuivre. Mes 2 options étaient le sport et la santé. Dans le domaine de la santé j'avais surtout une furieuse envie de faire de l'humanitaire. Finalement, après avoir usé quelque temps les bancs de la Faculté de Médecine, j'ai pris l'option préparation aux concours d'entrées en IFMK. Je me souviens de ce tour de France que nous réalisions à cette époque, plein d'émotions, entre stress et convivialité."

J'ai choisi l'IFMK de Berck sur Mer, dont je suis sortie diplômée en Juin 1998. Très vite, dès le début de mes études, et peut-être même avant, je savais déjà que je travaillerais en salariat et particulièrement en milieu hospitalier. Sans doute que l'accès aux soins pour tous, la solidarité, la notion de service public-service rendu, étaient des valeurs qui m'animaient, sans que je sache, à l'époque, vraiment les nommer.

Bref après seulement 2 mois de remplacement en centre hospitalier, je partais à Bethlehem, en septembre 1998, vivre mon rêve d'humanitaire. J'en revenais, après 10 mois, enchantée, mais aussi avec un vrai choix à faire, vie d'expatriée ou vie sédentaire ?

Tout compte fait, j'ai renoncé à la vie d'expatriée, car je n'avais quasiment pas exercé et l'on me proposait déjà des missions à responsabilité, sans être auprès des patients. J'ai donc tout naturellement commencé par des remplacements dans les hôpitaux de Loire-Atlantique, puis en Août 2000, le CHU de Nantes, d'abord la Gériatrie, puis rapidement le Locomoteur et enfin la Neurologie.

En résumé, je dirai que la formation de Kinésithérapeute était vraiment la réunion de mes 2 options de cœur, le sport et la santé ; et l'humanitaire a rapidement pris place dans ma carrière professionnelle".

K. : Quels ont été les moments clés de votre carrière en tant que masseur-kinésithérapeute ?

V.J : "Même si j'ai toujours voulu travailler en salariat et plus particulièrement à l'hôpital, il faut bien reconnaître que je me suis souvent heurtée à un système hiérarchique très pyramidal, laissant peu de place à l'adaptabilité.

Les moments clés de ma carrière sont souvent liés à des départs, volontaires ou non, mais aussi à de belles arrivées.

Le premier moment clé, suite à mon départ du CHU de Nantes, est mon arrivée dans un centre hospitalier de plus petite taille avec comme "spécialité" : la réadaptation cardiaque.

C'est un vrai coup de cœur, non seulement dans la réalisation des activités de rééducation, mais aussi et surtout, dans la découverte de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Rien ne sera plus jamais comme avant, il s'agit d'une nouvelle posture professionnelle.

Les notions de savoir-faire, savoir-être, patient-partenaire et autres, résonnent en moi comme une évidence. C'est une vraie bouffée d'oxygène.

Je m'investis à fond dans cette discipline, j'intègre le "club cœur et santé", pour inviter les patients à poursuivre leurs activités physiques après la réadaptation. J'anime des séances de gymnastique.

J'intègre également "Respecticoeur", un réseau de soins en cardiologie, effecteur d'ETP, dans lequel j'anime des séances collectives sur le thème de l'activité physique.

Bref, je me "spécialise" dans ce domaine et j'en profite pour valider mes acquis en poursuivant une année de DU de Kinésithérapie Respiratoire et Cardio-vasculaire de Lyon. Une année très riche, non seulement sur l'apport de connaissances, mais aussi sur le relationnel. Je découvre une discipline, la cardio-respi, faite de professionnels de hauts niveaux, mais aussi et surtout, une discipline de professionnels extrêmement engagés.

Le deuxième moment clé arrive, car après 8 années de bons et loyaux services, un DU, une nouvelle opportunité s'offre à moi. Il s'agit de participer à un superbe projet : l'ouverture d'un service de réadaptation cardio-respiratoire sur le CHU de Nantes. On me propose d'intégrer l'équipe qui va transformer un SSR Gériatrique en Réadaptation Cardio-Respiratoire.

Dans un premier temps, d'abord Respiratoire, avec tout à créer, les activités de réadaptation, le programme d'éducation thérapeutique (ETP), l'Hôpital de Jour. Un vrai moment de créativité et quelque part de liberté dans une institution plutôt rigide. Je continue à me "spécialiser" et je passe un DU de Tabacologie, avec le secret espoir de pouvoir mieux prendre en charge cette addiction.

6 années plus tard, nous développerons la partie réadaptation cardiaque, avec toujours autant d'envie, mais hélas avec un manque chronique de Cardiologue Réadaptateur. Cette aventure prendra fin, début 2020, après le départ du cardiologue. En parallèle de cette activité professionnelle, je commence à faire de la formation, au DU Réhabilitation Respiratoire, en UFR STAPS, j'enregistre un e-learning sur l'Insuffisance Cardiaque...

Troisième tournant : en 2 ans /3 mouvements !

- en 2020, je quitte le CHU, le COVID est là et mon activité professionnelle est plus que réduite. C'est également un moment clé, j'enchaîne diverses expériences professionnelles, différentes structures : EHPAD, Clinique, Hôpitaux petits et grands...
- en 2021, je donne aussi des cours à l'IFM3R, c'est un vrai coup de boost, je reprends confiance en moi
- en 2022, on me propose un poste de Responsable Territoriale au sein du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), je démarre ce nouveau poste en Septembre 2022".

K. : Qu'est-ce qui vous a motivé à évoluer vers un rôle de responsable dans un dispositif d'appui à la coordination ?

V.J : "Je crois que j'étais prête, c'était réellement le bon moment. Je n'ai pas réfléchi très longtemps et après la période de flou qu'avait été l'année 2020, je savais que quoi qu'il arrive, j'avais un métier en or entre les mains. Je pourrais toujours rebondir, j'avais confiance".

K. : Quelles compétences avez-vous acquises au cours de votre expérience en tant que kinésithérapeute ?

V.J : "La compétence principale de ce métier est la coordination, qui mieux que le kinésithérapeute est au fait des différents maillons de la chaîne...si l'AS n'a pas géré la toilette, si l'IDE n'a pas refait le pansement, le kinésithérapeute ne peut commencer ses soins. L'hôpital est un environnement pluriprofessionnel où les kinésithérapeutes collaborent étroitement avec tous les autres professionnels. On a donc une approche holistique des soins, chaque professionnel apporte son expertise au bénéfice du patient".

K. : D'où vient le concept du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) et quel est son contexte d'émergence ?

V.J : " Les DAC sont une évolution des dispositifs de coordination, voulue par le législateur. La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 d'organisation et de transformation du système de santé dite "OTSS" instaure les DAC avec pour vocation la simplification et la fusion des réseaux de santé, des équipes MAIA et autres PAERPA et PTA..."

L'activité des DAC est précisée dans le Code de la santé publique : Article L6327-1 et suivants.

En créant les DAC, le législateur a voulu un dispositif qui vient en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes ayant un ou des problèmes de santé et se trouvant dans une situation qualifiée de complexe.

L'ambition du gouvernement est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé".



K. : À quoi sert un DAC et quelles sont ses principales missions ?

V.J : " Le DAC a 3 principales missions :

- répondre aux demandes d'appui des professionnels, ce qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins ;
- contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leur aidant en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

- participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.

Les missions des DAC sont précisées par un cadre national d'orientation. De manière opérationnelle, un professionnel appelle le DAC, car il est en difficulté avec une personne ayant un problème de santé, cette situation est ressentie comme complexe par le professionnel, alors le DAC intervient. Sa demande va être analysée et une solution sera proposée ; soit une orientation vers une structure adéquate, une mise en relation ou bien encore, un suivi voire même un accompagnement réalisé par le DAC.

En Pays de la Loire, l'ARS a opté pour un DAC par département. Le DAC Loire-Atlantique est le résultat de la fusion d'un réseau de santé "Maladies Chroniques 44" et des 5 MAIA présentes dans tout le département. Notre équipe est représentative des différents champs dont nous assurons la coordination : sanitaire, médico-social et social. Nous avons choisi de stratifier chaque équipe en fonction des missions.

La mission d'appui qui informe, analyse et oriente, est assurée par 4 coordinatrices départementales.

La mission "parcours", qui coordonne les situations complexes, est composée de 16 coordinateurs (rices) de parcours complexes qui assurent l'accompagnement des personnes en situations complexes. Cette mission est complétée par l'équipe maladies chroniques, experte en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et en gestion des maladies chroniques.

La mission territoriale, qui a un rôle d'observatoire et d'animation territoriale, est assurée par l'équipe des responsables au nombre de 4.

L'équipe est complétée par la direction et les fonctions supports.

Actuellement en Loire-Atlantique, notre DAC est opérationnel pour le public de plus de 60 ans et pour les malades chroniques dont nous portons les programmes ETP. A terme, comme pour tous les DAC de France, nous avons vocation à répondre à tous les publics et pour toutes les pathologies".

K. : Quel est le rôle du responsable territorial au sein du DAC Loire-Atlantique ?

V.J : "Les 2 principales missions du Responsable Territorial sont le management et l'animation partenariale.

En ce qui concerne la partie management, je suis responsable d'une équipe de 7 coordinatrices de parcours complexes. Les coordinatrices ont toutes des formations initiales différentes : IDE, Assistante Sociale, Psychologue, Mandataire Judiciaire, Conseillère en Economie Sociale et Familiale...Elles assurent l'accompagnement des personnes en situations complexes.

Pour les missions d'animation territoriale, elles sont vastes.

Une des missions très spécifique du DAC, c'est ce rôle d'observation du territoire. En effet, le DAC contribue, avec les différents acteurs du département, au diagnostic territorial, surtout en matière de rupture de parcours, en remontant à nos tutelles les dysfonctionnements identifiés.

Une autre des missions consiste en l'animation d'instances territoriales de concertation entre professionnels. Par exemple, sur Nantes, j'ai pu, avec l'aide du Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) et du Centre des Ressources Territorial (CRT), monter une commission.

Elle se réunit tous les mois, pour discuter de la bonne orientation de la personne âgée en situation complexe dans le bon dispositif. Cette commission est ouverte à l'unité PA/PH du département, aux SAD, au SSIAD, à la maison des aidants, au CHU

Une des missions qui me plaît beaucoup, c'est de favoriser l'interconnaissance des professionnels, des institutions et des établissements sur le territoire.

Je pense que l'essence même des DAC étant la fluidification, nous avons un vrai rôle à jouer dans la communication entre les différents acteurs du territoire. De par ma formation sanitaire, ma pratique hospitalière et ma connaissance du milieu libéral, il m'est assez aisé de faire communiquer les uns avec les autres, les professionnels du champ social avec les professionnels de santé, les établissements avec les libéraux ; sans oublier les représentants de la vie de la cité.

Actuellement, sur Nantes, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) commencent à émerger et à se mettre en route. Cela fait partie de mes missions de rendre visible le DAC, non seulement pour venir en aide aux professionnels qui en ressentent le besoin, mais aussi pour co-construire les parcours de santé de notre territoire".



K. : Quels sont vos objectifs professionnels futurs dans votre rôle actuel de responsable d'un dispositif d'appui à la coordination ?

V.J : " Depuis Novembre 2023, je suis en formation en parallèle de mon poste. Je prépare un CAFDISCS à l'Université Champollion d'Albi. Ce certificat d'aptitudes me donne toutes les connaissances nécessaires pour être complètement opérationnelle sur mon poste de cadre dirigeant.

Mes objectifs sont l'identification et la visibilité du DAC sur tout le territoire en vue d'en faire bénéficier pleinement les patients.

Déployer à l'échelle métropolitaine les actions menées sur la ville de Nantes

Pérenniser les équipes dans un secteur en tension, sur des missions à haute charge mentale. Pouvoir monter et pourquoi pas animer des actions de prévention et de promotion de la santé.

En tant que responsable, mes objectifs professionnels futurs sont nombreux. Depuis novembre 2023, je poursuis une formation en parallèle de mes fonctions, en préparant un Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Direction de Structure de Coordination territoriale en Santé (CAFDISCS) à l'INU Champollion d'Albi.



A noter
Véronique JEAN sera intervenante
aux JNKS NANTES 2024

Ce certificat d'aptitudes me forme aux fonctions de management et de pilotage des organisations en santé, il me fournit les connaissances nécessaires pour être pleinement opérationnel en tant que cadre dirigeant. Mon objectif principal est d'assurer l'identification et la visibilité du DAC sur l'ensemble du territoire, dans le but de permettre aux patients de bénéficier au maximum de ses services. Je vise également à étendre les actions initiées dans la ville de Nantes à l'échelle métropolitaine, afin d'avoir un impact plus large et significatif. Un autre objectif crucial est de garantir la pérennité des équipes, car nous travaillons dans un secteur sous tension, caractérisé par des missions à forte charge mentale. Enfin, je souhaite être en mesure de concevoir et potentiellement de conduire des actions de prévention et de promotion de la santé, contribuant ainsi à améliorer le bien-être global de la population".

K. : Qu'est-ce qui vous anime ?

V.J : " En moi réside l'espoir profond d'un changement de paradigme. J'aspire à ce que chacun prenne conscience de sa responsabilité envers l'avenir de notre système de santé. Cette responsabilité populationnelle qui met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, la diminution des facteurs de risques, est essentielle pour assurer la durabilité et l'efficacité de notre système de santé à long terme. Ainsi, on contribuera ensemble à créer des territoires en meilleure santé".

LES DAC
au cœur des JNKS NANTES 2024
au CHU de NANTES
du 25 au 27 septembre

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.*



Publié le 25/03/2024 sur site ANFH

Certification périodique de certains professionnels de santé : précisions sur les modalités de mise en œuvre

Le Décret n° 2024-258 du 22 mars 2024 précise les professionnels de santé relevant d'un ordre national soumis à l'obligation de certification périodique et ceux pouvant bénéficier d'une exonération partielle, ainsi que les modalités de détermination, de réalisation et de prise en compte des actions de certification que le professionnel de santé doit mener et les conditions minimales de réalisation de ces actions.

Il définit également la période de computation nécessaire au respect de l'obligation en distinguant les situations professionnelles qui ne permettent pas de réaliser les actions de manière continue au cours de la période de six ans.

Ce décret fait suite à l'Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 qui a créé l'obligation de certification périodique de certains professionnels de santé (cf. [article du 21/07/2021](#)).

Il crée une Section 3 intitulée « Procédure de certification périodique » (Articles R4022-6 à R4022-17) au Chapitre II : Certification périodique des professionnels de santé.

Champ d'application

Les professionnels de santé sont soumis à l'obligation de certification périodique lorsque :

- Ils sont en exercice, y compris le personnel militaire et les médecins et infirmiers en cumul emploi-retraite
- Ils exercent les fonctions de personne qualifiée responsable de fabrication et de distribution de médicaments vétérinaires

Contenu de l'obligation

Pour satisfaire à l'obligation de certification périodique, les professionnels de santé concernés attestent avoir réalisé, au cours d'une **période de six ans**, au moins **deux actions** prévues dans le ou les référentiels de certification pour chacun des quatre objectifs (i.e. 1° Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ; 2° Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ; 3° Améliorer la relation avec leurs patients ; 4° Mieux prendre en compte leur santé personnelle).

Référentiels de certification périodique

Les référentiels de certification périodique sont élaborés en prenant en compte les référentiels de formation initiale applicables à chacune des professions.

Les conseils nationaux professionnels compétents veillent à l'actualisation régulière des référentiels.

Outre les actions qui doivent figurer dans les référentiels de certification périodique (Actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation), les référentiels peuvent également prendre en compte :

- Les formations de maître d'apprentissage
- Les actions de formation professionnelle continue
- Les bilans de compétences

- Les actions menées dans le cadre de démarches collectives sur un territoire, telles que les protocoles de coopération, dans un établissement de santé, un établissement médico-social ou une structure d'exercice coordonné
- Les actions développant des compétences transversales pour améliorer les parcours de santé
- Les actions permettant de développer une démarche interdisciplinaire des pratiques professionnelles et de garantir leur sécurité
- Toute autre action visant à développer la prévention en santé, à garantir les bonnes pratiques et concourant à la gestion des risques, qu'elle soit individuelle ou collective, pouvant être proposée par les structures d'exercice.

Organismes

Les actions définies dans les référentiels de certification périodique sont dispensées par :

- Les organismes de formation possédant un numéro d'enregistrement d'activité
- Les organismes ou structures de développement professionnel continu (ODPC)
- Les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel
- Les structures chargées de la formation et de l'enseignement relevant du ministre des armées.

Modalités d'exonération de l'obligation

Lorsque les professionnels de santé n'exercent pas d'activités de soins directement auprès de patients, ces professionnels n'ont pas à réaliser, au titre de leur obligation de certification périodique, les actions requises au titre de l'objectif « Améliorer la relation avec leurs patients ».

Lorsque les professionnels de santé sont soumis à des formations obligatoires spécifiques conditionnant l'exercice de leur pratique professionnelle, ces professionnels n'ont pas à réaliser, au titre de leur obligation de certification périodique, les actions requises au titre de l'objectif « Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ».

Règles de computation

La période de six ans au cours de laquelle le professionnel de santé doit satisfaire son obligation de certification périodique commence, pour tout nouvel exercice ou reprise d'exercice, à compter de la date d'inscription à l'ordre.

Lorsqu'un professionnel de santé change de profession de santé, une nouvelle période de six ans commence.

Lorsqu'un professionnel de santé interrompt son activité, au cours de cette nouvelle période, pour une durée cumulée supérieure à trois ans, il est mis fin à la période de certification.

Lorsqu'un professionnel de santé change de spécialité ou d'activité au sein de la même profession au cours de cette nouvelle période, ce professionnel met en œuvre les actions restant à réaliser en tenant compte du référentiel de certification de sa nouvelle spécialité ou activité si elles n'avaient pas été réalisées au titre de son ancien référentiel.

Les actions visant à atteindre les quatre objectifs, réalisées à compter du 1er janvier 2023 et correspondant à des actions définies dans les référentiels de certification sont prises en compte pour établir que les professionnels de santé ont respecté leur obligation de certification périodique au titre de la première période.

Le Comité éthique de la FHF vient de publier un Avis sur le consentement aux soins : "Placer le patient en situation de consentir aux soins en connaissance de cause".

Dans la continuité de l'Avis 136 du CCNE de juillet 2021, le Comité éthique de la FHF s'est autosaisi de la question du consentement du patient, en s'intéressant plus particulièrement aux situations les plus délicates.

Il insiste sur l'importance cruciale du consentement du patient, tout en recommandant dans des contextes complexes (altérations du jugement ou les pathologies cognitives) la nécessité d'adaptations et de processus plus long et éclairé.

Le comité éthique recommande :

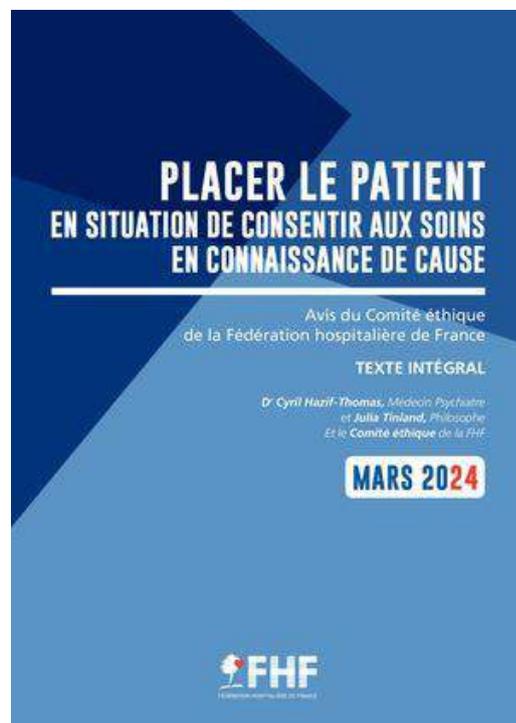
- de replacer la co-élaboration du consentement au cœur des pratiques soignantes
- de privilégier la décision médicale partagée
- d'adapter la temporalité du consentement aux besoins individuels des patients

Retrouvez le texte de l'Avis :

[Avis consentement - Intégral](#)

[Avis consentement - Synthèse](#)

<https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/ethique/avis-du-comite-ethique-de-la-fhf-sur-le-consentement-aux-soins>



A CONSULTER PAR LES MKs et CDS MKs concernés :

➤ La 5ème édition de la Doctrine du Numérique en Santé est désormais disponible !

Un document de référence pour tous les acteurs de l'écosystème de la e-santé. Elle trace les évolutions techniques et les projets de la Feuille de route du numérique en santé, garantissant ainsi la sécurité, l'interopérabilité et l'éthique dans le domaine de la santé numérique en France. Les principales nouveautés de cette édition mettent l'accent sur l'interopérabilité, l'éthique et la sécurité, avec des programmes ambitieux comme CaRE pour renforcer la cybersécurité et la révision des référentiels d'hébergeurs de données de santé.

Elle s'adresse à tous ceux qui développent un projet de services numériques de santé :

- les établissements de santé ;
- les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) ;
- les éditeurs ;
- les **professionnels de santé** ou du médico-social

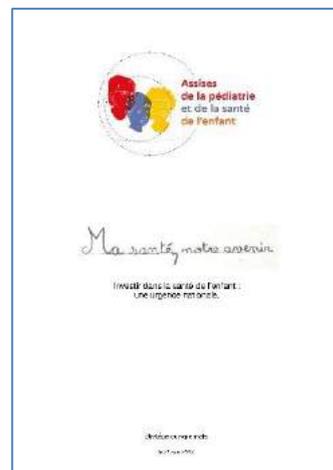
Elle résulte d'un véritable travail collaboratif entre plusieurs acteurs, dont : la Délégation au numérique en santé (DNS) du Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), ainsi que le GIE Sesam-Vitale.

<https://lnkd.in/eWizAv5W>

➤ Rapport du comité d'orientation des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant

Le 23 avril 2024, Christèle Gras Le Guen et Adrien Taquet, entourés des membres du Comité d'Orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, ont remis leur rapport « Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale » à Frédéric Valletoux, ministre chargé de la Santé et de la Prévention

<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/rapport-sur-les-assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-l-enfant>





Le SMR de Beaurouvre recrute!



MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE H/F EN CDI OU CDD



Dans un cadre verdoyant à 25km de Chartres et 1h15 de Paris, le **Centre de Rééducation de Beaurouvre** accueille des patients souffrants de pathologies neurologiques, de pathologies de l'appareil locomoteur et des personnes âgées pluri-pathologiques. Établissement à taille humaine de 97 lits.

MISSION/ACTIVITÉS

- Réaliser des bilans
- Fixer les objectifs et le programme thérapeutique
- Évaluer les évolutions des personnes accueillies
- Contribuer au développement de la qualité et participer à la bonne tenue du dossier patient
- Savoir s'impliquer au sein d'une équipe pluridisciplinaire
- Procéder au codage du PMSI



EQUIPEMENT

Tapis Ema, , Portique de marche robotisé Andago, Réaplan, Arméo Spring, Exosquelette,...

CONDITIONS PARTICULIÈRES

39 heures hebdomadaires – 14 mois de salaire
20 jours RTT – 25 CA – Convention Collective UCANSS
CE actif – Avantages divers
Possibilité d'hébergement temporaire
Possibilité d'exercice mixte et à temps partiel

CONTACT

Camille Delahaie-Ruellan

camille.ruellan@ugecam.assurance-maladie.fr

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

**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
Groupe Merway



JE TÉLÉCHARGE
L'APPLICATION
ASSO SPS

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

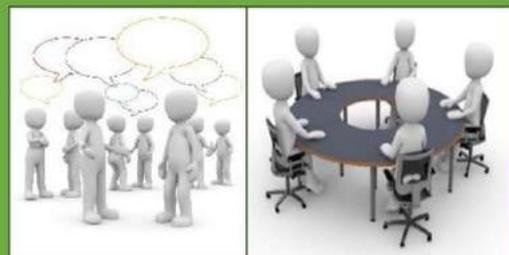
Un dispositif de

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)*



PARLER ...

au nom de ... ?

en tant que ... ?

comme ... ?

pour ... ?

sur ... ?

de ... ?



**nécessite
d'écouter et d'entendre**



cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

STKS

Soirée Thématique Kinésithérapie Salariée
en VISIOCONFERENCE

Parcours de stage et exercice salarié Quel Tutorat, Mentorat, Partenariat ? pour quelle attractivité ?

Une enquête de cohorte auprès des étudiants, a été réalisée, en 2022, 2023 et 2024, *en partenariat avec la FNEK* sur "leurs parcours de stage et leurs projections professionnelles". L'expérience de stage et la qualité de tutorat font partie des nombreux déterminants qui semblent influencer l'orientation vers l'exercice salarié

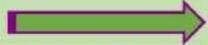
Parlons-en !

avec les premiers résultats de l'enquête CNKS x FNEK

**Jeudi 13 juin 2024
de 18 h 30 à 20 h 00**

Accès gratuit sur pré-inscription obligatoire
avant le mardi 11 juin 2024 à 20 h :*



 <https://www.helloasso.com/associations/cnks/evenements/stks-8-parcours-de-stage-et-exercice-salarie-tutorat-mentorat-partenariat-2-1>

Accès prioritaire **aux adhérents CNKS** à jour de cotisation 2024

* Confirmation de participation effective et transmission du lien visio
par mail à partir du 11 juin au soir **selon places disponibles**

Le 27 avril avait lieu à Paris
la Journée de Rencontre et d'Echange autour de la Profession (JREP)
à l'initiative de la Fédération Nationale des Etudiant.e.s en Kinésithérapie (FNEK).



Cette journée à destination des étudiants et jeunes diplômés réunit différentes instances et associations afin d'aborder, sous formes d'ateliers et débats, les enjeux, limites et perspectives d'évolution de la profession. Une table ronde regroupant les différents syndicats professionnels (FFMKR, SNMKR et Alizé), l'URPS MK IDF et le CNOMK a inauguré la journée autour de plusieurs questions sur l'actualité et l'avenir de la kinésithérapie : dépassement d'honoraires en libéral, statut bi-appartenant (clinicien chercheur et clinicien enseignant), la notion de « spécificité » d'exercice... Puis la cinquantaine de participants avaient le choix de participer à différents ateliers tout au long de la journée, avant un mot de clôture de la FNEK.



Représenté par Jules Barbier, membre du conseil d'administration, MK hospitalier, le CNKS y était présent pour animer, en parallèle de trois autres un atelier sur l'exercice salarié, avec pour challenge d'y lever les (nombreux) "a priori" sur ce mode d'exercice. Au-delà des classiques et connues récriminations un sondage réalisé auprès de la douzaine de participants (près de 25 % des présents de la journée traduisant intérêt et/ou curiosité) a

soulevé de nombreux préjugés sur l'exercice, la formation, les financements, la rémunération, la « reconnaissance ». Ces points ont alors été repris un à un, avec de nombreuses réactions et des échanges enrichissants sur ce que les étudiants perçoivent de l'exercice salarié, que ce soit en lien avec des expériences ou des croyances. Ces discussions ont notamment **mis en avant l'impérieuse nécessité d'une meilleure information sur l'exercice salarié durant la formation initiale** *. Si le temps a été un peu court pour décrire toute la richesse de l'exercice salarié, un accord général a pu être trouvé avec les étudiants présents : il ne revient qu'à eux d'être le professionnel qu'ils souhaitent, et que c'est possible en salariat.

Merci à Jules Barbier d'avoir oeuvré au titre de notre association pour rappeler aux futurs professionnels « **l'intérêt** » pour les professionnels comme pour les patients qu'il y a à exercer le **beau métier de MK salarié**. Un rappel que tous les MKs salariés devraient passer auprès des étudiants - stagiaires.

*** C'est en ce sens d'ailleurs que le CNKS a mené une enquête de cohorte sur trois années, en partenariat avec la FNEK, dont les premiers résultats de l'enquête 2024 seront donnés lors d'une visio conférence le 13 juin prochain et les résultats globaux lors des JNKS NANTES 2024.**

Participation de notre représentant évoquée sur les réseaux sociaux que le bureau national du CNKS a salué :

" Une profession ... et une diversité de métiers ; des savoirs identiques... des con-naissances différentes, ...des techniques « de base » communes ... des pratiques pro différentes, des valeurs éthiques universelles ... des engagements circonstanciés par les contextes différents, des objectifs « communs » de qualité et sécurité ... des contraintes et des conditions de travail différentes, ...des patients à des stades différents de leurs pathologies et de leurs parcours de soins ... des terres, des champs et des cultures communes... des temps, des espaces et des énergies différentes ... & la nécessité d'une meilleure coordination...entre « la ville et l'hôpital » trop souvent clamée, trop rarement réalisée fondent cette « identité professionnelle » et cette « diversité de métiers ». Tous sont utiles, respectables, et font la richesse de la profession "

**Alors parlons et échangeons
lors des JNKS NANTES 2024
pour promouvoir la kinésithérapie salariée
& accompagner les Kinésithérapeutes salariés**

MERCI

**à nos partenaires
KINESCOPES 2024**

à retrouver ci-après
&

JNKS NANTES 2024

à retrouver en bas de page de l'avant-programme de
KINESCOPE n°31 le supplément



XXVII^e JNKS

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

Mercredi 25 Jeudi 26 & Vendredi 27 septembre 2024

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE : FAIRE EQUIPE & ETRE AUX COTES DE

[2024 - 2025 - 2026]



JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE

Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS Organisée et gérée sous l'égide de KOP
n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK 0035038



PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :



NeuroSkin®

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



Diagnostic et classification



Pilotage de l'entraînement



Suivi et accompagnement



Améliorer la marche



l'amplitude du mouvement



Accompagner la plasticité
cérébrale



Marquage CE med



Faciliter la rééducation



Non invasif et
sans médicament

Renseignements ou informations ? Demande de démonstration contactez-nous:

contact@kurage.fr

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



JNKS : KALEIDOSCOPE

profession et métier(s) : quelle(s) identité(s) ?

L'avant-programme au 15 mai...

* titres génériques / ** sous réserve de confirmation définitive de l'intervenant

annonce session POSTER

Le Bulletin d'inscription aux JNKS

JNKS NANTES 2024 Mercredi 25 septembre Evolutions des Pratiques Professionnelles...

Dès 13h00 Accueil, émargement, des participants Café & visite des partenaires - exposants

14h00 à 16h00 ... & Politiques Publiques

- **ACCUEIL BIENVENUE RECHERCHE & INNOVATION : L'EVALUATION EN QUESTION(S)** Pierre Henri Haller, CSS MK, Président du CNKS
- **L'INNOVATION EN SANTE, ... EN KINESITHERAPIE**
 - Marathon d'innovation Sandrine Quiguer, MK & Elise Olivier**, chargée de mission innovation, CHU Nantes (44)
 - Kinésithérapeutes et robotique : groupe de travail Alice Pitiot & Justine Busson, MKs, CHU Nantes (44)
 - MK & ETP : projet « Sauve qui peau » sérieux game Elsa Guba & Julie Potteeuw, MKs, CHU Nantes (44)
 - Efficacité et utilisation de l'EIT (tomographie par impédance électrique) Serge Baneton et Ambre Komonski, MKs, CHU Nantes (44)
 - Robotique et Kinésithérapie Pierre May Carle, MK référent (18)

pause --- café --- visite des partenaires - exposants --- session posters

16h30 à 18h ... & territoire(s) de recherche & prospective

- **RECHERCHE PARAMEDICALE ... PARCOURS UNIVERSITAIRES ET/OU PARCOURS EXPERIENIELS**
 - Projet de thèse : leviers et contraintes, perspectives Thomas Lecharte, MK, CHU Nantes (44)
 - Programme de recherche & appels d'offre nationaux Thomas Rulleau, MK, Coordonnateur de la recherche paramédicale, CHU Nantes (44)
 - A propos d'une équipe d'appui à la recherche Sophie Hameau, MK PhD, CHU Rennes (35)
 - A propos du réseau Recherches et Innovations Paramédicales du GIRCI Grand Ouest Katty Guinoiseau, CDS, Coordinatrice, CHU Angers (49)

avec la participation, en qualité de grands témoins de
Jean Signeyrole, past directeur d'IFMK PhD Sc EDUC, Matthieu Guemann, MK, PhD, Président de la SFP (45)

L'INNOVATION AU SERVICE DE L'ACCELERATION SOCIALE Philippe Stevenin **, MK, Dr. es Lettres et Sciences Humaines (78)

Inauguration de la session posters

Visite du plateau technique MPR

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :





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

Dès 8h30 Accueil - Emargement accueil café - visite des partenaires - votes sessions posters

9h00 à 12h00 Kinésithérapie salariée ...& territoires disciplinaires

● & OSTEO-ARTICULAIRE

- Bilan morphostatique dans le défilé thoraco brachial *Sandrine Quiguer, Noemie Labre et Véronique Rouzioux, MKs, CHU Nantes (44)*

● ... & NEURO-MOTEUR

- Rééducation après chirurgie de réanimation du membre supérieur *Marine Belleil - Julie Potteeuw, MKs, CHU Nantes (44)*

● ... & CARDIO-RESPIRATOIRE

- Développement d'une compétence kinésithérapique dans un service de pneumologie *Herveline Crestin, MK, CH St Nazaire (44)*
- Evolution de la prise en soins des patients Muco : outil d'ETP **
- Réadaptation cardiaque : quelle(s) évolution(s) ? *Servane Prieu, CDSMK, Hôpital Léon Berard, Hyères (83)*

pause café - visite des partenaires - votes sessions posters

● ... & REANIMATION

- Recherche " PaFiKinESAP " (variations PaO2/FiO2 et SAP sous VNI de l'opéré cardiaque en CEC) *Aurélien Oudin-Roth, MK, CHRU Nancy (54)*
- Recherche " Nutriréa 4 " *Emeline Corbin, MK & Stéphanie Wojciechowski, CDSDiététicienne, CHU Nantes (44)*
- Résultats Enquête SK R-CNKS
- Kinésithérapeute en réanimation : évolution du métier *Guillaume Fossat, MK, CHU Orléans (45)*

pause déjeuner - café - visite des partenaires

13h30 à 18h Kinésithérapie salariée ... & attractivité et/ou fidélisation (1)

Profession & Métiers,
quelle(s) identité(s) ?

- **DEVENIR SALARIE** : retour d'enquête CNKS - FNEK *Véronique Grattard, CSS MK, CHU Besançon (25)*
- **TUTORAT & AU DELA** *Antoine Guimard, manipulateur radio, CHU Nantes (44)*
- Prospection(s)-Projection(s)-Proposition(s) CNKS
- **ETRE HOSPITALIER** *Eric Roussel, DRH, GHBS (56)*
- **RATIOS ou EFFECTIFS ... AJUSTES, AJUSTABLES ?** *Cécile Kanitzer, CGS CH de Chinon (37)*
- Prospection(s)-Projection(s)-Proposition(s) CNKS

pause --- café --- visite des partenaires - exposants --- votes session posters

● CADRES DE SANTE

- Complémentarité d'encadrement * *Sabine Hamlin, CDS Diététicien & Julien Allender, Coordonnateur MK, CH St Nazaire*
- Cadre de "proximité" : représentation(s) & réalités ? * *Stéphanie Gentil **, Université Nantes, Aurélien Audouit **, CSS, & Stéphanie Bassu CDSMK, CHU Nantes (44)*
- Prospection(s)-Projection(s)-Proposition(s) CNKS

- **METIERS D'HIER, D'AUJOURD'HUI & DEMAIN** *Muriel Peltier, CSSMK CHU Nantes (44) & Pierre-Henri Haller, CSSMK APHM (13)*

avec la participation en grands témoins de

Dominique Combarnous, présidente ANCIM (69), Jean Michel Lignel, CGS, CHU Nantes (44), Jean Pascal Devailly, MPR président du SYFMER

- Prospection(s)-Projection(s)-Proposition(s) CNKS

visite du plateau technique MPR

soirée - diner - convivial

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :





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

8h30 à 10h30 Kinésithérapie salariée ... & territoires disciplinaires

● KINESITHERAPIE SALARIEE ... & PEDIATRIE

- HDJ adolescent, équipe mobile douleur et soins palliatifs pédiatriques Lumir Garnier, MK, CHU de Nantes (44)
- SMR pédiatrique : l'importance du travail en réseau(x) Tanguy Durocher, adjoint de direction ESEAN - EEAP Nantes (44)
- Intervention précoce : innovation pour les enfants Lea Guéret, MK, CNKS Paris (75)
- De la preuve scientifique à l'implémentation clinique * **

● KINESITHERAPIE SALARIEE ... & GERIATRIE

- La collaboration de recherche sur la détection précoce de la fragilité Ambre Komonski, MK, CHU de Nantes (44)
- La planification motrice chez le sujet senior Thomas Rulleau, MK, Coordonnateur paramédical de la recherche, CHU Nantes (44)

pause café --- visite des partenaires exposants --- session posters

11h00 à 12h30 Kinésithérapie Salariée ... & diversification au cœur des territoires

- MK DANS LES PRISONS Véronica Altieri, MK, CHU Nantes (44)
- HADR EN DEVELOPPEMENT Céline Ramspacher, HADR & Agnès Brousse MK, HADR, Nantes (44)
- DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION Véronique Jean, MK, Responsable Territorial Nantes agglomération DAC (44)

pause déjeuner --- accueil café --- visite partenaires exposants - session posters

14h00 à 16h30 Kinésithérapie salariée : attractivité – fidélisation (2) ... à l'aune de la QVCT

- SANTE DES SOIGNANTS : KINESITHEREPEUTE PREVENTEUR Julien Allender, MK, CH St Nazaire (44)
- REEDUC'ALLIANCE Fanny Arnaud, CDSMK, CHU Lyon (69)
- COMMUNAUTES DE PRATIQUES EN REEDUCATION Laetitia Buisson, CSSMK, CH Plaisir (78)
- COMMUNIQUER : DONNER DU TEMPS AU TEMPS Pauline Wild, CDSMK, CH Pontoise (95)
- FAIRE EQUIPE ...EN READAPTATION Jean Pascal Devailly

EN CONCLUSION DES JNKS 2024 & EN PERSPECTIVE DES JNKS 2025

MK salarié : Faire équipe et être aux côtés des

PATIENT, PATIENT EXPERT ou PATIENT RESSOURCE
Guillaume Rousson, MK, Co-fondateur "Entends moi" (75)

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :



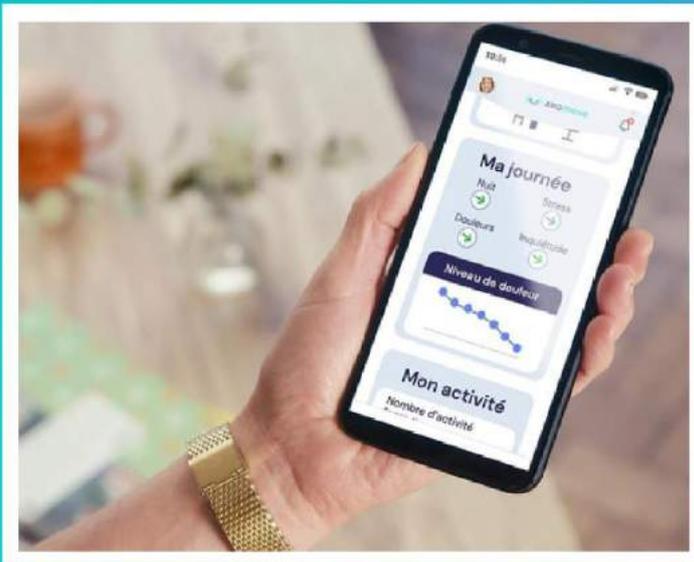
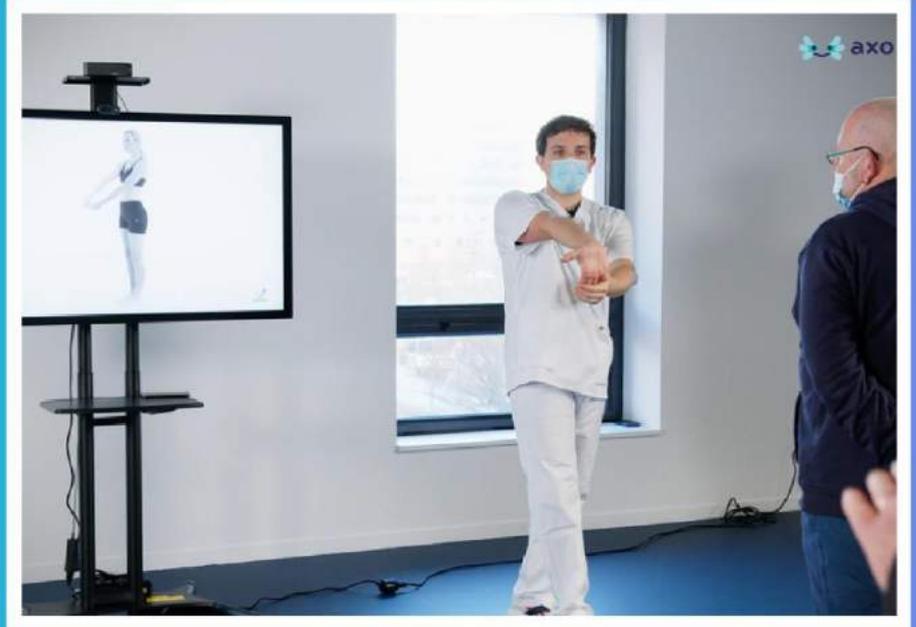


axomove

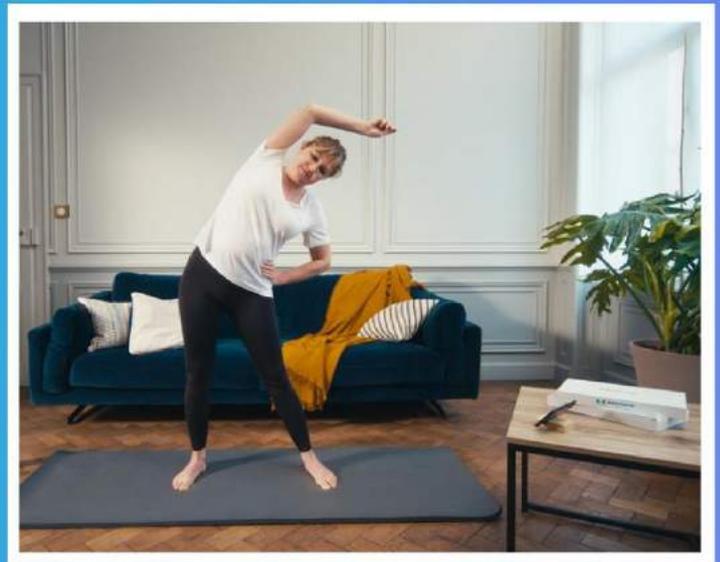
L'assistant numérique du kiné



+ 1500 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

Rendez-vous sur www.axomove.com pour en savoir plus



Innover en rééducation : les nouvelles technologies au service de l'observance patient

avec  **axomove**

À l'intersection de la technologie et de la santé, les solutions numériques transforment le secteur de la kinésithérapie, en particulier dans le domaine de l'observance des traitements. Les innovations telles que les applications de suivi, les plateformes de télésanté et les dispositifs connectés sont désormais des outils indispensables pour renforcer l'adhésion et la motivation des patients au cours de leur rééducation.

Un exemple de cette évolution est Axomove, une plateforme qui aide les kinésithérapeutes à créer des programmes de rééducation personnalisés, en s'appuyant sur des vidéos d'exercices co-créés avec des établissements de santé. La plateforme permet également de suivre les progrès des patients en temps réel, grâce à des interfaces intuitives et des retours d'information immédiats.

Axomove devient l'assistant du kinésithérapeute et accompagne les patients dans la réalisation de leurs exercices de rééducation.

Les bénéfices d'Axomove sont multiples :

Pour les kinésithérapeutes :

- Amélioration de l'observance à la réalisation de leur programme d'auto-exercices
- Possibilité de monitorer à distance et à tout moment le programme d'autorééducation prescrit en fonction des retours du patient
- Disposer d'un outil facilitant la prescription de programmes d'auto-exercices (programmes modèles, vidéothèque d'exercices) et l'éducation à sa pathologie (fiche pathologie, quiz, vidéo éducative)
- Augmenter le temps de rééducation en centre

Pour les patients :

- Sécurise et améliore le retour à domicile des patients
- Possibilité de garder le contact avec le professionnel de santé
- Favorise le maintien d'un niveau d'activité physique
- Augmente le sentiment d'auto-efficacité à la réalisation de son programme d'exercices

Ce qu'en pensent les kinésithérapeutes

"Le fait de voir les exercices à faire sur l'application, ça aide les patients à moins appréhender le mouvement. Ils se représentent mieux le mouvement que lorsqu'on leur explique simplement comment les faire. La vidéo leur permet d'avoir un retour et de ne pas être focalisés sur leur ressenti. Axomove est un atout pour les aider à fidéliser leur travail et ça leur donne une source de motivation supplémentaire pour poursuivre les exercices le soir ou les week-ends par exemple."

Samy Dhilly
kinésithérapeute
au centre Ramsay les Rosiers
Dijon



"Au niveau de la prise en charge en kinésithérapie, cela nous permet d'avoir un appui en plus de nos séances de rééducation. Lorsque nous n'avons pas assez de temps pour travailler certaines choses avec des patients, ou d'organiser plus de répétitions sur certains exercices par exemple. Cela permet au patient de progresser et de se sentir plus auto-efficace, dans sa prise en charge. On peut également faire un suivi du patient a posteriori. Ce qui est toujours valorisant pour nous et pour le patient."

Jean Appert Collin
kinésithérapeute
à l'Institut Robert Merle d'Aubigné
Valenton



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 simultané.



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).



Session POSTERS JNKS NANTES 2024

Prix de la kinésithérapie salariée

Vous envisagez de participer aux JNKS NANTES 2024 !

Vous souhaitez faire connaître, diffuser et valoriser vos réflexions, travaux, réalisations, démarches, innovations, recherches, protocoles ... fruit(s) d'un investissement individuel ou collectif, dans le cadre salarié ?

Le CNKS attribuera - au cours de ces JNKS 2024 - selon les candidatures **4 prix de la Kinésithérapie Salariée** à des **posters** relatant des innovations, des recherches, des mémoires, ... à propos de

- pratique pédagogique *
- pratique professionnelle ou interprofessionnelle *
- pratique de prévention *
- recherche clinique *

(*) conçues, conduites et mises en œuvre par un.e MK (ou par les membres d'une équipe pro ou interpro) salarié(s) d'établissements de formation ou de santé, publics ou privés.

Vous souhaitez concourir ?

"Pré-inscription" et informations complémentaires sur demande par mail :
contact.cnks@gmail.com

en indiquant dans l'objet du mail : **PRIX POSTERS JNKS 2024**

et en indiquant dans le corps du mail :

vos nom, prénom,
vos fonction, établissement, adresse professionnelle,
vos numéros de téléphone professionnel et personnel.

Vous recevrez en retour les consignes et conditions d'inscription définitive.

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :



BULLETIN D'INSCRIPTION JNKS 25, 26 & 27 septembre 2024

par mail : formations.kines@kineouestprevention.com ou courrier à : KINE OUEST PREVENTION (KOP) 1, allée du Puits Julien - BP 112 - 22590 PORDIC

Kiné Ouest Prévention – organisme certifié QUALIOPI – actions de formation

jusqu'au **08 septembre 2024** : tarif normal ... à partir du **09 septembre 2024** : tarif majoré

remplir en MAJUSCULES svp

NOM
 Prénom
 Date DE MK : Date CDS :
 Autre Diplôme : Date
 RPPS :
IMPERATIF : en cas d'annulation
adresse mail personnelle ou professionnelle :

& téléphone portable :

 Adresse domicile :
 Code postal Ville
 Tél. Tél. port.
 email

remplir en MAJUSCULES svp **FONCTION exercée :**

Kinésithérapeute
Cadre MK (service) **Cadre sup MK (service)**
Cadre MK (enseignant) **Cadre sup MK (enseignant)**
Directeur Soins MK **Directeur IFMK**

Autre profession :

Etablissement
Service ou pôle :
Adresse

Code postal **Ville**
Tél. **Fax**
email

Prise en charge par la formation continue : à compléter par le responsable de la formation continue de l'établissement, et adresser le bulletin par mail ou par courrier. Une convention de formation sera adressée, par KOP dès réception du bulletin d'inscription, au directeur de l'établissement.

Prise en charge personnelle : joindre au présent bulletin dument complété, daté et signé, le règlement des frais d'inscription - et prestations annexes s'il y a lieu - par chèque à l'ordre de KOP

A le/...../.....

Signature du stagiaire

à compléter par le responsable en majuscules svp

NOM.....
 Prénom.....
 Fonction.....
 Adresse
 Tél.....Fax.....
 email

BON POUR ACCORD

Cachet de l'établissement

et signature du responsable de la formation

TARIFS cocher les cases correspondantes (jours et tarifs)

Jusqu'au 08 septembre : <i>tarif normal</i>	adhérent *	non adhérent
Mercredi 25 septembre (am)	100 € <input type="radio"/>	150 € <input type="radio"/>
Jeudi 26 septembre	200 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
Vendredi 27 septembre	200 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €
A partir du 09 septembre : <i>tarif majoré</i>	adhérent *	non adhérent
Mercredi 25 septembre (am)	150 € <input type="radio"/>	200 € <input type="radio"/>
Jeudi 26 septembre	250 € <input type="radio"/>	300 € <input type="radio"/>
Vendredi 27 septembre	250 € <input type="radio"/>	300 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

* à jour de la cotisation 2024 au CNKS [cf--> www.cnks.org]

NB : En cas d'annulation, qu'elle qu'en soit le motif, une facturation de 40 € (frais administratifs dossier) sera émise auprès de l'établissement ou de l'intéressé en cas de prise en charge individuelle

A réception du dossier complet dûment constitué (inscription individuelle réglée ou convention signée) KOP transmettra les informations définitives relatives aux JNKS (confirmation de convocation, information pratiques...)

KOP Association loi 1901 (déclarée en Préfecture des Côtes d'Armor)
 n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK
 0035038 QUALIOPI 2020 [Code APE 8559A - organisme de formation non assujéti à la TVA]

Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com Vos coordonnées seront uniquement utilisées pour mieux vous informer et diffuser plus efficacement des informations pratiques sur nos formations (catalogue, emailing, ...). Elles sont enregistrées et transmises au responsable en charge des formations de Kiné Ouest Prévention, ainsi qu'au CNKS dispensant la formation à laquelle vous vous inscrivez. Ce dernier s'engage à ne pas les utiliser sans votre consentement en dehors du cadre de la formation. Kiné Ouest Prévention conserve vos coordonnées tant que vous ne vous désinscrivez pas. Vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour toute situation particulière de Handicap, merci de nous contacter afin que nous puissions analyser vos besoins.

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :



DÉCOUVREZ NOS DISPOSITIFS ROBOTIQUES

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.



ARMÉO SPRING PRO

Orthèse pour le membre supérieur, **l'Arméo Spring Pro** est un dispositif de rééducation des capacités neuromotrices associé à un exosquelette sophistiqué et instrumenté de soutien et de mobilisation du membre supérieur.



ANDAGO

Portique ambulatoire autonome pour la rééducation à la marche en suspension avec un allègement du poids du corps du patient, symétrique ou asymétrique. Il assiste le patient en temps réel et permet une reprise de la marche sécurisée



POURQUOI CHOISIR NOS DISPOSITIFS ROBOTIQUES ?

Innovation médicale

Des technologies de pointe et des produits scientifiquement validés

Installation et formation

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