Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

n° 32
juillet 2024

IDENTITE(s) PROFESSIONNELLE(s)(3)

&

KINESITHERAPIE SALARIEE
THERAPEUTES SALARIES

... l'IDENTITE
en question(s)

... l'EXERCICE
en question(s)

cnks
Collège National de la Kinésithérapie Salariée
Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés
www.cnks.org
contact.cnks@gmail.com

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

SOMMAIRE

PERISCOPE *l'édito de* **Pierre Henri Haller** p.03 & 04
TEAMS HOSPITALIERS CAMPAGNE FHF p.05 & 06
TELESCOPE / LES MAUX DES MOTS **p. 07 à 10**
L'Ellipse de **Justin Pertinent** p.08 à 10

DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & HAD R … **p. 11 à 31**
… Panorama & Perspectives [**Céline Ramspacher**] p.13 à 16
…. Du 63 : Découverte & Questionnement [**Guillaume Harvois**] p.17 à 20
… de LORIENT [**Luis Arevalo et Yann Taridec**] p.21 à 24
… de NANTES (suite et fin) [**Agnès Brousse**] p.25 à 31

KALEÏDOSCOPE JNKS au CHU de NANTES & en LOIRE ATLANTIQUE **p.33 à 41**
Un nouveau plateau de rréducation [**Myriam Sarda & Claire Arguillat**] p.34 à 37
L'ESAN, SMR pédiatrique [**Tanguy Durocher**] p.38 à 41

JNKS NANTES 2024 : avant-programme & partenaires cahier central **p.1 à 13**

DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & RECHERCHE **p. 42 à 45**
- *La « recherche » c'est quoi ? et c'est pour … quoi ? et c'est comment ?* [**La rédaction**] p. 43
- *PHRIP* [**La rédaction**] p.44
- *Retraite Rédactionnelle SFP* [**La rédaction**] p.45

RETROSCOPE **p.46 à 49**
- *Retour sur la JPSFGG* [Frédéric Desramault] p.47 à 49

KALEÏDOSCOPE A PROPOS D'EFFECTIFS, DE RAPPORTS OFFICIELS **p. 50 à 74**

ASSOSCOPE VIE du CNKS : *STKS 8 & le CNKS à la JREP de la FNEK* **p.77 à 81**

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

L'ECOLE DONNE DES DIPLOMES

MAIS C'EST DANS LA VIE QU'ON SE FORME

Amadou Hampâté Bâ

Kinéscope
La lettre
& l'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés

PERI L'Editorial SCOPE

Faire équipe et être aux côtés de : paroles, actes et pacte.

Il est courant de sceller des pactes. Souvenons-nous que *Pactum* signifie l'accord, la parole et la promesse. *Pactum* est étymologiquement lié à *pactus* qui signifie « faire la paix ». Ainsi la diversité des identités s'inscrit dans des accords solennels ou informels, où chacun trouve sa place, dans la richesse de la diversité et de l'altérité. L'identité devrait alors s'inscrire dans différentes entités apaisées : l'équipe, la communauté, le groupe, l'organisation, l'institution, l'État…

« Faire équipe », c'est travailler sur le travail ensemble. La Haute Autorité de Santé soutient le PACTE, le Programme collaboratif pluri professionnel d'Amélioration Continue du Travail en Équipe (1). En effet, travailler ensemble ne va pas de soi, ne se décrète pas mais se comprend et s'apprend. Faire équipe, c'est se souvenir qu'au-delà des compétences techniques, les compétences humaines déterminent la qualité et la prévention des risques. Faire équipe, c'est se souvenir que les erreurs sont collectives, et que les *presque-accidents*, rattrapés *in extremis,* sont le fruit d'interrelations complexes et d'implicites, de malentendus et de mal-compris, de structures cloisonnées et de cultures hétérogènes. Faire équipe, c'est apprendre des succès collectifs de communication et de « soft skills », pour pérenniser des solutions robustes et adaptables, plutôt que la performance à tout prix.

« Être aux côtés de », c'est travailler sur les interrelations, entre les professionnels, entre les patients et les patients, au sein des entités. Là aussi, il est question de paroles, d'accords et de pactes. Confronter l'expertise professionnelle à l'expérience patient, faire dialoguer les organisations au sein des institutions, passer des châteaux forts à des cloisons mobiles. L'hôpital est une entité complexe, un espace de coactivité générateurs de risques, à prévenir, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les professionnels.

Dans la formation des pilotes d'aéronautique, la partie technique n'est que la face émergée de l'iceberg. Sont enseignés la communication, le leadership et le travail d'équipe, la résolution de problèmes et la prise de décisions, la conscience de la situation, la gestion de la charge de travail aux futurs pilotes, qui apprennent de leurs réussites comme de leurs erreurs lors de ReTex systématisés. La cindynique, science du danger et donc de la prévention des risques, en travaillant sur les risques liés à l'aéronautique, l'industrie et l'environnement, utilise une approche de la complexité, basée non pas sur les aspects techniques de la prévention, mais sur les aspects humains et organisationnels (2).

Apprendre à faire pacte, c'est apprendre de l'identité et de l'altérité. Apprendre à faire pacte, c'est aussi s'inscrire dans une compréhension des entités. Apprendre à faire pacte c'est enfin interroger les risques et nous former à la complexité des interrelations. Peut-être, pour cela, devrons-nous prendre le risque de faire changer les structures et faire changer les cultures. Le consentement, l'affirmation, l'attestation, la reconnaissance ou encore l'hospitalité sont autant de signes visibles de la promesse et de l'engagement. Puisqu'il convient de « *replacer les promesses dont je suis l'auteur dans la mouvance des promesses dont j'ai été et suis encore le bénéficiaire* » (3), autorisons-nous à nous souvenir de là d'où nous venons pour sceller un pacte pour demain : ré-apprendre ensemble à « *faire la paix* ».

Réapprendre c'est alors ré-apprivoiser … re-tisser des liens, entre les acteurs de santé, entre les métiers de nos professions …

Pierre-Henri Haller
Président

(1) HAS, 2018

(2) Kervern, 1998.

(3) Ricoeur, 2004.

1924
Derrière
REJOIGNEZ &
chaque victoire,
SOUTENEZ
Il y a une équipe !
LE MOUVEMENT
#Team Hospitaliers
Être hospitalier(e)s
C'est s'engager pour soi et pour les autres
C'est faire face à l'adversité et réussir ensemble
C'est être un(e) athlète de la santé publique
Car à l'hôpital, comme ailleurs,
quand on joint nos forces,
la flamme hospitalière brûle plus fort !
2024
mgen
GROUPE VYV
100 ans
AU CŒUR
DE LA SANTÉ
FHF

Communiqué FHF

Pendant cet été qui s'annonce intense et sportif, les hospitaliers seront comme toujours mobilisés. A cette occasion, la Fédération hospitalière de France (FHF) et la MGEN s'unissent pour les mettre à l'honneur à travers l'opération #Teamhospitaliers.
Cette opération est l'opportunité de les remercier, de faire découvrir la diversité de leurs métiers et plus largement de rassembler toutes celles et ceux qui entretiennent et se font le relais de la "flamme hospitalière".

Alors, vous aussi, rejoignez ou soutenez la #Teamhospitaliers

https://lnkd.in/ewfg6gsq

Pendant les Jeux olympiques et paralympiques, les hospitaliers seront comme toujours mobilisés. La FHF et MGEN s'unissent pour les mettre à l'honneur à travers l'opération #TeamHospitaliers

Être hospitalier(e)s
C'est s'engager pour soi et pour les autres
C'est faire face à l'adversité et réussir ensemble
C'est être un athlète de la santé publique
Car à l'hôpital, comme ailleurs,
Quand on joint nos forces,
La flamme hospitalière brûle plus fort !

Une campagne, sur les réseaux sociaux, saluée par le CNKS :
" Faire en équipe et accompagner … les patients, leurs familles, avec les autres professionnels " est le message de notre association professionnelle de MKs et Cadres MKs salariés … des hôpitaux publics et SMR, publics et privés. C'est le générique de nos JNKS 2024 ".

En ces temps olympiques, encourageons et soutenons la #TeamHospitaliers, athlètes du quotidien !

TELE *Maux des mots* SCOPE

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

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

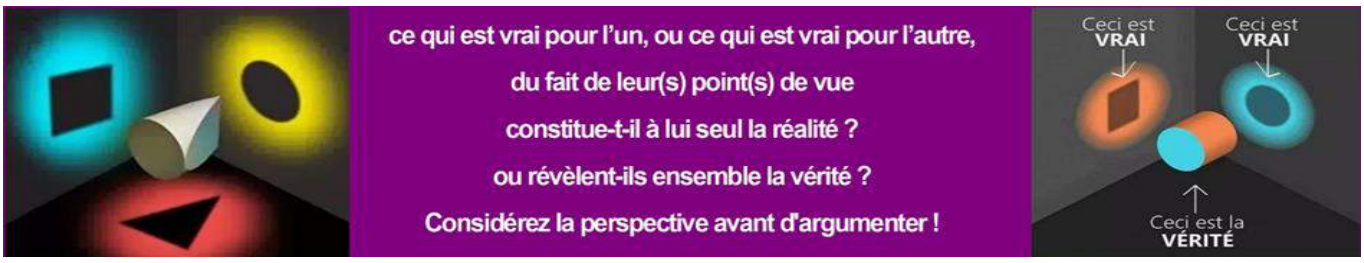
L'ellipse

de Justin Pertinent

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 puis de vouloir comprendre.

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 quelques pistes de réflexions estivales… qui de près ou de loin réfèrent à l' [ou aux] identité(s).

Cette année encore sollicité pour la relecture de mémoires de diplôme de cadres ou de master quelle - mauvaise - surprise d'y trouver encore et toujours des erreurs juridico-sémantiques, … affirmées avec persuasion, et défendues avec force véhémence car "exprimées, indiquées, soufflées, transmises", par la presse professionnelle, des formateurs, tuteurs et maîtres de stage, voire enseignants universitaires. L'erreur transmise devient…légende… et la légende vérité. Heureusement tout le monde sait que la vérité, les vérités des uns et des autres ne constituent pas systématiquement la réalité.



Citons parmi d'autres la création par la loi de 1946 *"de la profession de masso-kinésithérapie"* (quand il s'agit de masseur-kinésithérapeute) ou la référence au *"décret de compétences"* (quand il s'agit du "décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession de …"). Le distinguo paraît "insensé, anodin, dérisoire et non conséquent" aux yeux des uns - trop nombreux à notre avis - quand, aux yeux des autres, il est au contraire "porteur, voire transformateur, de sens".

Déjà évoquée dans les colonnes de Kinéscope la question du "traducteur" est ici au cœur du sujet et particulièrement inductrice des représentations et constructions identitaires.
Le traducteur n'est-il qu'un traître comme le suggère l'adage " Traduttore …traditore" ? Gabrielle Halpern, philosophe, en mai 2024, sur Linkedin citant sa tribune dans la Cause Littéraire, nous apporte un autre éclairage.

« Faites l'enquête autour de vous : tout le monde n'est-il pas encore convaincu – alors que nous sommes au XXIe siècle – qu'Adam et Eve ont mangé une pomme ? Si vous le croyez, vous aussi, c'est la preuve que vous avez été trahi par des traducteurs… Le verset biblique de la Genèse a été mal traduit et le mot hébraïque originel renvoie à un fruit, mais ne précise pas lequel. A quoi aurait ressemblé un monde où tout un chacun aurait su que le fruit mangé par Adam et Eve n'était pas une pomme ? L'histoire de l'art n'en aurait-elle pas été bouleversée ? Les peintres Cranach et Le Titien doivent se retourner dans leur tombe ! Sans parler de l'entreprise Apple… Se serait-elle appelée Apple ? Et quid de son logo à la pomme croquée ?

Le célèbre adage italien « Traduttore, traditore » – « traduire, c'est trahir » – a tellement imprégné notre imaginaire qu'il a presque irrémédiablement entaché le rôle et la place des traducteurs. Que nous le voulions ou non, que cela soit conscient ou non, nous éprouvons une méfiance à leur égard. Comment leur accorder notre confiance ? Ne font-ils pas écran entre le vrai texte et nous, entre l'écrivain et nous ? Ne nous trompent-ils pas ? Ne sont-ils pas responsables de terribles malentendus ?

Aujourd'hui encore, le peu d'hommages dont les traducteurs bénéficient témoigne de cette méfiance. Rarement cités, ils sont comme le fantôme invisible dont on décèle la présence, mais que l'on veut mieux oublier. Ce qui est intéressant d'interroger, c'est la véritable teneur de cette suspicion, ainsi que ses soubassements philosophiques (…).

Semblable au centaure, - être hybride par excellence -, qui incarne le mélange, l'insaisissable, l'imprévisible, l'hétéroclite, le « sans-identité » ou le « trop-plein d'identités », le traducteur n'entre dans aucune de nos cases. Il n'est pas vraiment écrivain, même s'il a un rôle d'écriture. Il est impossible de coller une étiquette sur un traducteur, ni de lui attribuer une identité. Il n'entre dans aucune case, précisément parce que son rôle est de faire dialoguer les cases !

Comme cette figure hybride du centaure, il a ce rôle héroïque, parfois douloureux, de passeur entre des mondes et des visions du monde radicalement différents ; il construit des ponts entre des langues, des passerelles entre des repères, entre des imaginaires. Il a cette responsabilité de percer les frontières, de les rendre poreuses et traversables… Il a cette mission d'hybrider.

Pourquoi encensons-nous les musiciens, qui, à leur manière, sont des traducteurs des compositeurs et n'admirerions-nous pas les traducteurs, qui, à leur manière, sont des interprètes de la littérature ? Il est grand temps de rendre hommage à tous ces solistes, sans lesquels les chefs d'œuvre ne pourraient pas traverser les frontières ! ».

Gabrielle Halpern

Retrouvez en intégralité sa tribune dans La Cause Littéraire #Traduction SFT – Société française des traducteurs https://lnkd.in/d6kUtduX

Alors à l'aune de ce regard que penser de ce sujet de l'identité, des identités … "professionnelle(s)" ?

Celle(s) affichée(s) par les individus et/ou par leurs différentes formes de regroupement et de représentation ?

- est-elle, sont-elles, vérité(s) ou réalité(s) emprunte(s) d'aspiration(s), d'utopie(s), d'idéologie(s) ?
- est-elle, sont-elles, victime(s) de préjugé(s) - *opinion préconçue stéréotypée* - que nous avons tous ?
- est-elle, sont-elles, victime(s) de biais cognitif(s) - *influence inconsciente de la perception et du jugement* - auxquels nous sommes tous soumis et qui ancre(nt) profondément les avis ?

Il est évident que préjugés et biais cognitifs sont inducteurs de postures pouvant mener à de la "discrimination professionnelle", en influençant les opportunités et les choix d'emploi ainsi que les conditions de travail.

Les premiers résultats de l'enquête de cohorte (2022 à 2024) sur les déterminants du choix d'exercice, menée par le CNKS en collaboration avec la FNEK (dont les résultats feront l'objet d'une présentation aux JNKS NANTES 2024), conforte ce risque, et cette réalité trop souvent constatée, de "dérive".

Et ces représentations négatives, réciproques, des acteurs d'un mode d'exercice sur l'autre, et vice versa, se focalisent "naturellement" dans une "opposition identitaire" …

Une opposition identitaire comme celle que l'on retrouve dans toutes relations humaines où se jouent et se définissent pour chacun l'identité, le rôle, la place et le territoire.

Encore et toujours cette question de(s) territoire(s)

Gabrielle Halpern lors de la manifestation "Le printemps des Territoires" : *"Un territoire n'est plus un espace délimité géographiquement ; il est un écosystème de relations à provoquer, à cultiver, à développer. Demain, on évaluera un territoire selon sa capacité d'hybridation entre les mondes ; demain, on évaluera l'action publique territoriale selon sa capacité à imaginer de nouvelles hybridations possibles entre les mondes, à les mettre en œuvre, à les développer, à les garantir et à les métamorphoser. Cela ouvre vers une nouvelle philosophie de l'intervention, de l'action publique locale"*

L'actuelle tendance au développement des HAD R du fait de plusieurs éléments conjoncturels évoqués dans les précédents KINESCOPE et du fait même de son appellation HOSPITALISATION et A DOMICILE semble pouvoir être l'occasion d'une plus grande collaboration entre l'HOPITAL & LA VILLE, d'une meilleure coopération des acteurs de santé de ces deux secteurs au rang desquels les Kinésithérapeutes salariés et libéraux.

Une meilleure compréhension et une plus grande considération réciproque des deux métiers de notre profession en perspective ?

KINESCOPE poursuit, dans son
" DOSSIER L'essentiel " consacré à HAD R & Kinésithérapie, les RETEX de nos collègues salariés engagés dans ce développement.

Collège National de la Kinésithérapie Salariée

Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes

Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

DOSSIER EVOLUTIF à suivre sur cnks.org

HAD R KINESITHERAPIE, & HOSPITALISATION A DOMICILE DE READAPTION

L'intention, le geste, la trace !

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

Kinéscope

L'ESSENTIEL DOSSIER

Déjà à plusieurs reprises dans des numéros précédents KINESCOPE a alimenté ce dossier L'ESSENTIEL consacré à l'émergence des HAD R. Un développement constaté depuis plusieurs années dont les raisons sont plurielles. De plus en plus de structures hospitalières et de SMR mettent en place ou participent à la création d'Hospitalisation de Jour en réadaptation, ou d'équipes mobiles et d'HAD R. Un sujet déjà évoqué aussi lors de nos JNKS de Reims, puis de nos JNKS de Rouen et qui sera à nouveau abordé lors des JNKS de Nantes notamment avec l'intervention croisée d'Agnès Brousse, régionale de l'étape en charge de l'édification de l'HAD R de Nantes *(cf. son précédent article dans KINESCOPE 31 et son article dans ce numéro 32) et de Céline Ramspacher (cf ses précédents articles dans KINESCOPES 27 et 28 et celui ci-après) qui a rejoint ce printemps l'ANAP en qualité d' "experte HAD".*

Poursuivant l'exploration de ce thème KINESCOPE n°32 vous propose successivement les retours d'expériences de Céline Ramspacher (ANAP), Guillaume Harvois (HAD R 63), Luis Arevalo et Yann Taridec (HAD R de Lorient) et Agnès Brousse (HAD R de Nantes)

RetEx

Au cœur d'une pratique

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

Céline Ramspacher
Experte hospitalisation à domicile

1. L'Hospitalisation A Domicile (HAD) en France : l'hôpital du futur depuis 50 ans

C'est en 1947 que la première HAD naît aux Etats Unis, à New York. Le home care prend en charge les patients, au domicile, afin de permettre de libérer les lits des hôpitaux.

Sur le même modèle, l'APHP créait son service d'HAD en 1957 puis l'institut Gustave Roussy crée l'HAD Santé Service en 1958.

C'est en 1970 que l'HAD est reconnue par la loi avant de devenir, en 1991, une alternative à l'hospitalisation traditionnelle (loi Evin).

En 2004, une circulaire de la DHOS précise le rôle de l'HAD. L'objectif est assumé : il faut intensifier le développement de l'HAD.

En 2007, la loi Kouchner autorise les HAD en EHPAD et permet ainsi d'intervenir auprès d'un public plus large et de limiter le recours à l'hospitalisation traditionnelle. En 2009, la loi HPST prépare les réformes à venir.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé assume vouloir innover pour mieux soigner en proximité alors que la loi « Ma santé 2022 » de juillet 2019 a pour ambition de décloisonner les acteurs et les politiques publiques.

C'est ainsi que, en fin d'année 2021 et début d'année 2022 sortent enfin les décrets tant attendus par les acteurs de l'Hospitalisation A Domicile : l'HAD est une activité de soins à part entière à compter du 1er juin 2023 et doit respecter des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement.

Outre la mention socle, 3 nouvelles mentions sont créées :

- la réadaptation,
- les enfants de moins de trois ans
- et l'ante/post partum.

Chaque HAD est invitée à déposer des demandes d'autorisation en lien avec ces quatre différentes mentions et au regard des besoins du territoire.

2. Panorama des autorisations avant la réforme

Certaines régions ont pu anticiper ces réformes et proposer, à titre expérimental, à certaines HAD de mettre en place des mentions de spécialité : réadaptation, enfants de moins de trois ans, ante et post partum et psychiatrie (en Occitanie exclusivement pour cette dernière).

C'est ainsi qu'en région Ile de France plusieurs HAD ont été autorisées à mettre en place, en partenariat avec les établissements SSR de leur secteur, la mention de spécialité réadaptation.

Trois établissements ont pu bénéficier d'une autorisation d'exercer exclusivement cette mention.

Les autres HAD ont conventionné avec des établissements porteurs d'une autorisation de Soins de Suite et de Réadaptation partenaires afin de proposer une prise en charge conjointe pour les patients.[1]

En région Bretagne, plusieurs HAD ont bénéficié de cette autorisation d'exercice avec un taux de prise en charge, aujourd'hui de 2,6 patients pris en charge quotidiennement pour 100.000 habitants. L'objectif de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne est d'atteindre 7 patients par jour pour 100.000 habitants en proposant davantage de mentions pour les prochaines autorisations.

En région Centre Val de Loire, ce sont 7 HAD qui ont été autorisées à développer la mention réadaptation de façon anticipée au regard de la réforme.

Ces diverses expérimentations ont permis de définir la faisabilité de cette mention ainsi que les conditions nécessaires au déploiement de celle-ci.

3. Panorama des OQOS en France

Dans le cadre de la réforme des autorisations en HAD, chaque ARS a proposé de nouveaux Objectifs Quantifiée de l'Offre de Soins (OQOS), pour chaque région, prenant en compte les nouvelles mentions, dont la mention « Réadaptation ».

Dans ces nouveaux décrets, chaque HAD demandant une autorisation pour les mentions de spécialités doit également demander l'autorisation pour exercer la mention socle ou passer une convention avec un établissement porteur de la mention.

Quelles que soient les demandes d'autorisation formulées, l'établissement s'engage à se mettre en conformité au regard des décrets concernant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement dans les délais prévus par la loi.

L'analyse de ces OQOS nous permet d'observer que les ARS prévoient d'ouvrir la mention Réadaptation pour les 2/3 des implantations existant à ce jour.

Il y a donc une réelle volonté de développer cette mention à travers l'ensemble du territoire.

[1] Hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) en Ile-de-France : partage d'expérience Février 2018 ARS IDF

	Implantations existantes en 2023	nb potentiel mention HADR
Auvergne-Rhône-Alpes	29	29
Bourgogne-Franche-Comté	14	14
Bretagne	12	12
Île-de-France	11	10 à 11
Occitanie	29	29
La Réunion	2	2
Martinique	1	1
Hauts-de-France	30	25
Nouvelle-Aquitaine	27	14 à 16
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22	14
Grand Est	26	12
Guadeloupe	8	3
		141

4. Perspectives

Depuis plusieurs mois, nous voyons les annonces des différentes HAD qui se succèdent pour annoncer le développement de la mention « réadaptation » au sein de leur établissement ou par convention avec des établissements porteurs d'une autorisation en Soins Médicaux et de Réadaptation.

Aujourd'hui, quelques régions se démarquent par leur activité : l'Ile de France qui a développé cette activité dès 2007 suivie notamment par la Bretagne, le Centre Val de Loire, le Grand Est.

En Ile de France, trois HAD ont une activité d'HAD de Réadaptation exclusivement : le Centre Hospitalier de Saint Denis (93), l'HAD de Coubert (77) et le CH d'Eaubonne (95). Aussi, ils proposent la prise en charge des patients en réadaptation en toute autonomie vis-à-vis des autres HAD qui proposent la réadaptation en s'appuyant sur des HAD polyvalentes.

Ce développement de la mention réadaptation entre 2017 et 2023 est marqué par une augmentation de l'activité de réadaptation au niveau national multipliée par 2.5 (MPP 11 : rééducation orthopédique et MPP 12 : rééducation neurologique).

Il semble désormais intéressant d'élaborer des parcours de patients en réadaptation intégrant l'HAD aux différentes étapes du parcours afin de permettre à chacun d'être « au bon endroit, au bon moment » et adaptés à chacun, permettant de recevoir des soins de qualité.

Il semble désormais intéressant d'élaborer des parcours de patients en réadaptation, intégrant l'HAD à chacune des étapes, afin de permettre à chacun d'être « au bon endroit, au bon moment ». Ainsi, ces parcours adaptés à chacun permettent de recevoir des soins de qualité.

5. Conclusion

Les retours d'expérience des différentes HAD porteuses de l'expérimentation sont précieux afin de permettre aux futurs établissements autorisés de mettre en place et développer ces prises en charge de la façon la plus efficiente possible.

Pour les patients du territoire, cette modalité d'hospitalisation est également une réelle opportunité tant d'un point de vue personnel, avec la possibilité d'être soigné chez soi, que d'un point de vue qualitatif avec la possibilité de bénéficier d'une réadaptation efficiente, tenant compte de l'environnement global du patient et permettant ainsi de s'y adapter.

Dans les semaines à venir, l'anap (agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale) proposera un webinaire, tenant compte des expériences de plusieurs HAD afin d'accompagner le développement de cette mention dans le territoire.

Par ailleurs, l'anap réunit un réseau d'experts travaillant au plus près des patients afin de recueillir les bonnes pratiques, de les partager et ainsi vous aider à être plus performant. Que ce soit sur la thématique SMR ou HAD, n'hésitez pas à rejoindre le réseau afin de contribuer à nos travaux et à vous inscrire à la newsletter afin de rester à jour de nos productions et outils.

Céline Ramspacher
Experte hospitalisation à domicile
T. +33 6 58 70 90 64

(qr code pour rejoindre
le réseau des experts anap)

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

l'anap
l'expertise en partage
agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale

Kinéscope
La lettre
& l'Esprit du CNKS

Vecteurs d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés

RetEx

Au cœur d'une pratique

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

Cadre rééducateur
AGESSA CRFPA Michel Barbat + HADR 63 (2023-2024)
CHRU de Brest (2023) ; Orsac Atrir à Nyons (2021-2022)
CRF de Montrodat (2018-2019)
MK salarié
CH d'Uzès (2019-2021)
Maison de Santé La Pomarède, Les Salles Du Gardon (2010-2018)
Etablissement Médical de la Teppe, Tain-L'Hermitage (2006-2010)
CH Sainte-Marie, Le Puy en Velay (1999-2002)
MK libéral
Nîmes (2013-2017) / Valence (2002-2006) / remplacements (1997-1999)

HADR 63 : DECOUVERTE ET QUESTIONNEMENTS

L'AGESSA est une association auvergnate qui gère 2 établissements situés dans le Puy-de-Dôme :

- d'une part le CRF Michel Barbat à Beaumont, établissement bien connu des clermontois, SMR polyvalent qui accueille essentiellement des sujets âgés atteints d'affection de l'appareil locomoteur ;
- d'autre part, l'Hospitalisation à Domicile, (HAD 63) à Cébazat, avec des activités de type « polyvalente » mais aussi « pédiatrique » (HADP) et « réadaptation » (HADR).

Lorsque j'ai rejoint l'AGESSA en 2023, je n'avais jamais eu l'occasion de travailler en HAD. C'était donc une découverte pour moi. C'est naturellement aujourd'hui l'occasion de la partager. En effet, notre propre regard neuf est toujours un atout, car il est affranchi de toute influence et stimulé par notre curiosité.

Tout d'abord, qu'est-ce qu'une HAD ?
C'est une activité qui permet d'assurer, dans le cadre de vie du patient, un ensemble de soins continus et coordonnés dans des conditions de qualité et de sécurité des soins de niveau hospitalier. C'est en quelque sorte un hôpital dont les murs seraient le domicile du patient.

Les conditions d'implantation et de fonctionnement des HAD ont été précisées dans la réforme de 2021, applicable au 1er juin 2023, où il est rappelé : « ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement. L'HAD est d'ailleurs soumise aux mêmes règles de certification que ces derniers.
L'HAD 63 porte plusieurs types d'activités :

- HAD socle ou polyvalente
- HADP : Pédiatrique (Enfant > de 3 ans)
- HADR : Réadaptation qui est par convention un condensé des 3 R (Rééducation /Réadaptation / Réinsertion)

De manière synthétique, toute équipe HAD doit comporter, à minima : 1 médecin praticien, 1 IDE, 1 assistant.e social.e, 1 psychologue.
Pour l'HADR, sont nécessaires, en sus :1 médecin expérimenté SMR ou spécialisé MPR, 1 kinésithérapeute, 1 ergothérapeute. D'autres professionnels selon les besoins complètent l'équipe : diététicienne, EAPA, neuropsychologue, orthophoniste, psychomotricien.. .

Concernant l'activité, pour relever de la mention Réadaptation, l'organisation doit permettre de dispenser à chaque patient au moins cinq actes de rééducation ou réadaptation par semaine relevant de la compétence d'au moins deux professions de santé différentes. Ainsi, nous pouvons d'ores et déjà voir se dessiner une sorte d'analogie dans les conditions de fonctionnements des SMR et des HADR.

Nous pourrions en outre facilement considérer l'HADR comme une transposition du SMR à domicile. Il apparaitrait ainsi une forme de progressivité de l'offre de soins en réadaptation schématisée ainsi "réadaptation

- … intense : SMR spécialisé
- … modérée : SMR polyvalent ou HADR
- …moins intense : prise en charge libérale

Il est évident que l'HADR peut offrir une filière d'aval de choix pour des patients qui sortent de SMR et qui nécessitent encore une réadaptation soutenue. L'HADR se positionne en fait comme le chaînon manquant dans l'offre de soins entre l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour, et la prise en charge strictement libérale.

Par ailleurs, et nous avons vite tendance à l'oublier sur nos plateaux techniques, toute réadaptation prend son sens dans le milieu et les conditions de vie du patient.

L'HADR intervient donc au cœur même de la réadaptation. C'est d'ailleurs aussi le cas des rééducateurs libéraux lorsqu'ils exercent à domicile. Ils sont les bienvenus pour intégrer la prise en charge HADR, en complément des rééducateurs salariés, en signant une convention.

Nous savons tous que cette coopération ville/hôpital patine depuis de nombreuses années, malgré les volontés politiques successives.

L'HAD offre une magnifique opportunité d'accélérer ce décloisonnement, en conformité avec les objectifs nationaux de santé.
A l'inverse, et toujours dans le cadre de cette mixité, le recours à certains rééducateurs salariés de l'HADR pour des activités–pas ou peu remboursées en libéral (ergothérapeutes, orthophonistes, EAPA) est une chance pour le patient.
L'HADR est finalement un dispositif qui permet avant toute chose de respecter la volonté des patients qui souhaitent effectuer leur réadaptation à domicile, en collaboration avec leurs rééducateurs habituels s'ils le désirent.

<u>En pratique, comment cela fonctionne-t-il ?</u>
A l'HADR 63, outre le médecin, l'effectif de l'équipe Réadaptation sera en ETP, en septembre 2024, de 4,5 kinésithérapeutes 2 IDEC, 1 ergothérapeute, 0,8 orthophoniste, 0,2 neuropsychologue, 0,2 assistante sociale. En parallèle, les patients pris en charge au sein de l'HADR bénéficient des autres compétences de l'HAD63. Des recours ponctuels à d'autres professionnels internes ou externes sont bien sûr possibles.

Pour le patient, le parcours de santé en HAD peut être synthétisé de la manière suivante :

Prescription (demande) => évaluation médicale (pertinence) + évaluation IDEC avec aidant => élaboration du projet thérapeutique admission => coordination des intervenants => soins infirmiers et de rééducation + accompagnement psycho-social => réévaluations pluridisciplinaires du projet de soins => élaboration du projet de sortie => relais de prise en charge => sortie

Le médecin traitant du patient reste son référent médical tout au long de la prise en charge en HAD.

Concernant le volet financement, l'HAD est soumise à la T2A et elle est financée à la journée d'hospitalisation.

Le tarif de chaque journée dépend du mode de prise en charge principal (MPP), du mode de prise en charge associé (MPA) et de la mesure de la dépendance par l'indice de Karnofsky (IK). Avec ce financement, l'HAD prend en charge les produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux...), le matériel, les actes de tous les professionnels de santé (salariés et libéraux), les transports selon les règles définies et les déchets de soins.

Surprises et questionnements

Pour un cadre rééducateur qui découvre cette activité, une HAD est un lieu surprenant : Pas de service, pas de chambres, pas de plateau technique ni de salle de soins. Uniquement des bureaux et des voitures !

C'est une sorte de ruche dans laquelle les professionnels rentrent et sortent toute la journée, 24H/24 et 7J/7.

Une particularité de l'activité en HADR concerne le matériel : Il doit être nomade, donc léger, robuste, peu encombrant et facile à nettoyer. Les pratiques professionnelles diffèrent donc du SMR aussi sur ce point, elles se rapprochent plutôt de l'activité libérale à domicile.

Découverte suivante : l'HAD 63 se trouve au cœur d'une curiosité locale. Plusieurs HAD sont déployées sur le même territoire, ce qui crée de facto une forme de concurrence entre elles. L'idéal à terme serait bien sûr d'avoir une forme de répartition territoriale qui inhiberait ce contexte. En l'état actuel, cette situation nécessite une réactivité forte. Qui dit réactivité sous-entend flexibilité interne, ce qui peut s'avérer parfois difficile, mais peut aussi s'avérer attractif pour certains qui n'aiment pas la routine.

Une approche managériale personnalisée, qui privilégie toujours la satisfaction des besoins de chacun, prend ici tout son sens.

Autre curiosité : le statut des EAPA, déclarés comme intervenants potentiels mais dont l'intervention n'est pas encore validée dans les actes HADR ! La demande de validation est récurrente de la part des HAD, prise en compte, mais l'instabilité ministérielle de ces derniers mois ne semble pas accélérer les choses.

Globalement, le recours à l'HADR est en fort développement puisque l'effectif MK a doublé en une année afin de répondre à la demande. Cependant, l'HADR n'est pas encore intégrée dans les pratiques les plus courantes et l'acculturation des médecins prescripteurs reste à poursuivre par des actions de communication.

Les partenariats HADR/SMR doivent être recherchés. A l'HADR, ce partenariat est naturel puisque l'HAD 63 et le SMR Michel BARBAT font partie de la même entité associative.

C'est d'ailleurs une des grandes forces de l'HADR 63 puisqu'il autorise :
- un enrichissement des parcours de soins ;
- une transversalité pour certaines fonctions (Direction, PUI, services techniques…) ;
- une possibilité de mutualisation des ressources humaines puisque chaque établissement a son équipe de rééducateurs. Cette mutualisation offre une flexibilité interne globale qui permet de faire face aux imprévus et permet à certains professionnels de varier leurs pratiques. Mais elle suppose aussi de rester attentif au risque d'affaiblir une des deux équipes par conflits de logiques et de fonctionnements entre les deux établissements.

Dans l'idéal, l'entraide doit rester réciproque entre les 2 équipes afin de ne jamais générer de sentiment d'injustice. Le volontariat et le respect des choix de chacun doivent évidemment être respectés, tant que faire se peut.

Par ailleurs, la mixité de prise en charge par les salarié.es HADR et les rééducateurs libéraux dégage un niveau supplémentaire de flexibilité organisationnelle.

Concernant les facteurs d'attractivité de l'HADR : nous observons depuis quelques mois maintenant un désamour croissant pour l'exercice libéral chez certains kinésithérapeutes. L'attractivité de l'exercice salarié s'en trouve inévitablement renforcée.

Dans ce contexte, l'HADR est particulièrement attirante, dans la mesure où elle permet une forte autonomie dans les soins et les déplacements, tout en consacrant des temps d'échanges pluridisciplinaires particulièrement appréciés. Elle présente en fait un parfait compromis entre autonomie et partage.

Du côté des rééducateurs libéraux, ne nous mentons pas, l'HAD a historiquement mauvaise réputation : trop compliquée, opaque, retards de paiements… Tout cela change vite et tant mieux.

A l'HAD 63, pas de retards de paiements, une réelle volonté de développer les coopérations, un rapprochement avec les structures d'exercice coordonnées (MSP, CPTS), et une nouvelle convention cadre avec les kinésithérapeutes libéraux, qui permet de les impliquer pleinement dans les pratiques de l'HADR.

Quid de la télé-réadaptation, qui a pris une place croissante en réadaptation ces dernières années en particulier depuis la crise COVID ? La télé-réadaptation est appelée à se développer en HADR, en permettant d'accompagner encore plus le patient vers l'autonomie. Les dispositions réglementaires, techniques, pratiques restent à affiner. C'est un nouveau champ des possibles qui s'ouvre avec cette perspective.

Les rééducateurs sont bien souvent des obsessionnels de l'autonomie. Cela s'explique facilement par le fait que cette dernière est à la fois but et moyen. But, car c'est bien sûr la finalité du traitement, et moyen car elle permet au patient d'être acteur de sa santé, C'est le fameux empowerment, recherché dans tout type de soins et pierre angulaire de la réadaptation. L'HADR est objectivement un dispositif de choix dans cette logique, puisqu'il propose une rééducation soutenue au plus près des conditions de vie du patient.

Références :
Décret no 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile
Décret no 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile
INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en oeuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile
La feuille de route 2021 - 2026 - Ministère du travail, de la santé et des solidarités (sante.gouv.fr)
Convention cadre avec les kinés signée ! - FNEHAD

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS

Vecteurs d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

RetEx

Au cœur d'une pratique

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

AREVALO Luis (DE en 2003)
- **2003 : CMRRF de kerpape (neurologie adulte et pédiatrique)**
- **2020 : HAD Lorient**

TARIDEC Yann (DE en 2009)
2009 : Kiné libéral
2010 : Pen-Bron
2011 : Pérarhidy
2012 : Kerpape
2019 : HAD Lorient

Présentation HAD

L'HAD de l'Aven à Etel, créé le 4 avril 2006, est une association autonome régie par la loi du 1er juillet 1901.
Tous les établissements du territoire de santé numéro 3 y participent (hôpitaux, cliniques, SSR, rééducation fonctionnelle et psychiatrique).
Le projet commun de tous les intervenants hospitaliers et libéraux est de collaborer à l'amélioration de l'organisation des soins à domicile en s'appuyant sur les organisations de prise en charge à domicile existantes.
L'HAD de Lorient propose une expertise dans la coordination et l'organisation des soins complexes à domicile, en appui des professionnels de proximité.

La gouvernance se base sur 4 collèges :
- Etablissements de santé.
- Libéraux.
- Services à la personne.
- Représentants des usagers.

L'HAD assure la continuité des soins avec un personnel infirmier pouvant intervenir 24h/24 et 7j/7 ainsi qu'une astreinte médicale 24h/24 et 7j/7 et dernièrement la création d'une équipe d'infirmières de nuit (pour les Ehpad et les patients HAD).

Des AVS ont aussi été recrutées pour pallier le manque de ressources sur le territoire pour les plans d'aides complexes.
L'HAD est en constante évolution répondant ainsi aux besoins croissants de maintien à domicile du territoire.

Au niveau architectural, le bâtiment principal se situe à Lorient et deux antennes sont basées à Hennebont et Quimperlé.
Les antennes permettent d'être au cœur du territoire, d'assurer la gestion logistique des dispositifs médicaux, de maintenir de bonnes conditions d'exercice (réunions, accès aisé aux bureaux…) et de permettre des lieux de proximité aux familles lorsqu'un rendez-vous est proposé (psychologue par exemple).

En dehors des postes administratifs et logistiques, l'HAD est composé d'une dizaine de médecins, 50 infirmières, 4 assistantes sociales, 5 psychologues, 2 diététiciennes, 1 socio-esthéticienne et une pharmacienne. Au total, ce sont environ 114 équivalents temps pleins qui œuvrent pour l'HAD.

Création et évolution de la filière :
La filière HAD MPR est née de la coopération entre deux établissements. Le CMRRF de Kerpape et l'HAD de l'Aven à Etel avec une mise à disposition des professionnels de Kerpape vers l'HAD.

En septembre 2019, une première équipe composée d'un ergothérapeute et d'un kinésithérapeute à temps plein ainsi qu'une orthophoniste à 40% fut lancée. La volonté étant de démarrer l'activité, le secteur privilégié fut Lorient et les communes proches. C'est en avril 2020 que l'équipe complète fut constituée avec au total 2 ergothérapeutes, 2 kinésithérapeutes à temps pleins, 30% d'orthophonie et un ajout de 20% de neuropsychologie. A partir de cette date, l'ensemble du territoire de l'HAD était couvert. L'équipe médicale est composée d'un médecin HAD et d'un médecin de Kerpape à 20%, tous deux médecin MPR.
Les nombreuses demandes en termes de rééducation du langage et gestion des troubles de déglutition ont nécessité une augmentation du temps d'orthophonie à 80%.

Le but étant de couvrir le territoire de santé numéro 3, des secteurs est et ouest furent définis avec Lorient comme zone commune avec des prises en charges réparties en fonction des activités des uns et des autres.

Au niveau coordination, 2 infirmières dédiées ont été mises en place.
D'autres professionnels de l'HAD (assistantes sociales, diététiciennes, psychologue et aide-soignant) interviennent aussi pour les patients de notre filière.

L'HAD fonctionne avec les libéraux. Dans le fonctionnement de la filière MPR, s'il n'y a pas de collègue kinésithérapeute libéral déjà présent, nous commençons la prise en charge et passons le relais en fin de séjour avec une coordination. Si un kinésithérapeute libéral intervient déjà chez le patient, un contact est pris afin de faire le point, bien définir les objectifs et voir si un renfort est pertinent ou si l'intervention seule du libéral suffit.

A ce jour, l'immense majorité des pathologies prises en charge par notre filière est avant tout neurologique (AVC, TC, SEP, SLA, Parkinson). Le reste des pathologies prises en charge sont la rééducation post-chute, amputation et traumatologie complexe.
Les objectifs de la filière sont de permettre un retour au domicile dans de bonnes conditions d'accès aux besoins de base et limiter le risque de chute. Par la suite, transférer et renforcer sur le lieu de vie les apprentissages travaillés en amont de notre intervention.
La filière MPR s'inscrit dans l'ensemble des filières existantes au sein de l'HAD de Lorient.

Fonctionnement de la filière :

Les demandes sont centralisées au secrétariat qui transmet à l'équipe.
Les staffs hebdomadaires restent centraux dans le suivi des dossiers en cours et à venir. Ils permettent de faire le point sur les séjours actuels (synthèse, évolutions, fin de séjour …) et d'aborder les séjours à venir.
Les demandes sont évoquées et un temps d'évaluation est décidé.
Les évaluations sont menées par une infirmière de coordination, un médecin et un rééducateur.

L'évaluation a pour but de rencontrer le patient dans son lieu de vie, faire le point sur la situation, définir les objectifs de séjour et la possibilité de prise en charge.
Les objectifs de séjours sont définis et validés par le patient et son entourage lors de cette évaluation.
Une prise en charge en HAD nécessite un minimum de 5 séances par semaine.
Au fur et à mesure de la prise en charge, des synthèses en équipe chez le patient ont lieu afin de faire le point sur les objectifs envisagés en début de séjour, leur validation et éventuellement d'autres points à aborder.
La prise en charge du patient évolue durant le séjour en fonction des progrès et des objectifs. Il n'est pas rare de modifier le nombre de passages de chaque thérapeute afin de répondre au mieux à l'actualité du patient.
Par ailleurs, nous portons une attention particulière à notre réactivité. Si le plan d'aide le permet, nous tâchons de pouvoir répondre dans les plus brefs délais lorsqu'une situation le nécessite (réponse dans la semaine).

	2021		2022		2023	
Adresseur	Nb DE	Tx d'aboutissement	Nb DE	Tx d'aboutissement	Nb DE	Tx d'aboutissement
CMRRF DE KERPAPE	42	81%	45	71%	62	66%
GHBS SCORFF	61	56%	30	50%	36	72%
GHBS KERLIVIO	1	100%	19	68%	15	67%
Domicile / ESMS	19	68%	25	68%	15	67%
CLINIQUE MUTUALISTE	5	100%	4	100%	6	100%
GHBS QUIMPERLE	1	100%	7	43%	4	50%
AUTRE CH HORS TS3	4	75%	3	67%	3	33%
GHBS KERBERNES	1	100%	4	75%	3	67%
HAD DE L AVEN A ETEL					2	50%
MAISON DE SANTE LE DIVIT					2	100%
GHBS KERDURAND			2	100%	1	0%
GHBS LE FAOUET			1	100%	1	100%
GHBS CLINIQUE DU TER			1	0%		
Total	**134**	**70%**	**143**	**66%**	**150**	**68%**

C'est lorsque les objectifs sont atteints ou que les propositions faites ne conviennent pas au patient que nous mettons fin au séjour.
La filière est aujourd'hui bien identifiée dans l'ensemble de l'HAD. C'est ainsi que nous sommes régulièrement sollicités pour des prises en charges dites « hors-MPR ».

Il s'agit d'interventions ponctuelles pour des conseils d'installation, d'appareillage ou d'avis respiratoire avec préconisation d'appareils tels que le cough assist ou l'eove70.
Les nouveaux métiers que cette filière a apportée à l'équipe HAD sont une plus-value certaine pour les autres filières.
Notre rôle est aussi la formation des aidants aux différents besoins des patients. Nous formons surtout à l'utilisation des appareils respiratoires.

Valeurs et objectifs :

L'HAD respecte les choix du patient et prend en compte l'ensemble de ses besoins sur le plan clinique et psychosocial.
L'HAD se veut une alternative aux soins de suite et réadaptation (SSR ou convalescence) en gardant l'objectif de préserver la vie au domicile.

Le patient et son entourage sont au centre du projet de soin validé par celui-ci.

L'évolution des pathologies nécessite une veille permanente avec la possibilité d'intervenir lorsque la situation du patient évolue.
L'adaptation des plans d'aide permet de préserver le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles pour le patient, les aidants et les professionnels.
Afin de respecter la temporalité du patient, plusieurs séjours peuvent être proposés.
Afin de ne pas avoir de perte de chance chez nos patients (soins de cicatrices particuliers, nécessité d'intensifier une prise en charge sur un plateau de rééducation dédié…), nous avons la possibilité d'adresser nos patients au centre de Kerpape.

En fonction des situations évaluées en demande de sortie hospitalière et de notre expérience, nous choisissons parfois de proposer un retour au domicile plutôt qu'une prise en charge en établissement spécialisé. En effet, les troubles cognitifs et comportementaux sont parfois mieux contenus lorsque le patient est dans un environnement connu qui sera d'autant plus rassurant. C'est notamment le cas pour les AVC chez la personne âgée très fatigable et désorientée.

Le plan d'aide à alors une importance cruciale car il faut permettre un retour au domicile dans de bonnes conditions de prise en charge pour le patient tout en limitant les situations possiblement stressantes pour l'entourage.
Cette présence rassurante est aussi assurée par les passages quotidiens de l'équipe de rééducation qui veille au bon retour au domicile.

HAD et son territoire en quelques chiffres :

Population du territoire de santé n°3 : 290 000

Professionnels de santé collaborateurs :
- 828 infirmiers
- 455 médecins
- 484 kinés
- 127 pharmacies

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS

cnks
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

A l'occasion des JNKS NANTES 2024, KINESCOPE ouvre ses colonnes A DIFFERENTS ACTEURS DE LA SANTE, DU CHU DE NANTES & DE STRUCTURES DU DEPARTEMENT DE LOIRE ATLANTIQUE

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, Nantes

Après un premier article dans KINESCOPE 31 Agnès Brousse complète dans ce numéro la présentation de la démarche de HAD R de Nantes

Projet d'HAD Réadaptation (HAD-R) à l'HAD de Nantes et Région :

La réforme des autorisations en février 2022 ouvre la possibilité de mettre en place, en plus de l'« HAD socle », une offre d'hospitalisation à domicile spécialisée : « Ante et Post-partum », « Enfants de moins de 3 ans » et « Réadaptation ».
L'HAD de Nantes & région a débuté l'activité **«** ante et post-partum » en 2023 avec une équipe dédiée de 2 sages-femmes et 2 auxiliaires de puériculture.

L'hospitalisation à domicile des « Enfants de moins de 3 ans » est assurée par le CHU de Nantes au sein de l'HAD néonatale et pédiatrique sur un rayon de 30 km autour de Nantes.

L'HAD-Réadaptation assure « au domicile du patient, une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée afin de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et limitations d'activité ».

L'HAD-R sur le territoire de Nantes n'était pas développée malgré la présence de plusieurs SMR experts ou polyvalents (MPR St Jacques du CHU et SMR Maubreuil experts en rééducation neurologie, SMR La Tourmaline expert en rééducation vasculaire « Amputés » et « Lymphœdème », SMR polyvalent LNA Santé) et de services MCO spécialisés (Unité Neuro Vasculaire du CHU, orthopédie de la clinique Jules Verne).

L'HAD de Nantes & région, qui a la compétence en hospitalisation à domicile, est porteuse du projet d'HAD-R d'autant que cette activité de réadaptation est en partie déjà réalisée dans l'HAD socle avec le motif de prise en charge principal « Rééducation orthopédique » ou « Rééducation neurologique ».

La mise en place et le développement de l'HAD-R répond à un besoin de place en SMR sur Nantes. A plus long terme, ce projet permet d'anticiper l'augmentation du nombre d'habitants dans la région nantaise, le vieillissement de la population et la diminution capacitaire de nombre de lits au CHU avec le futur déménagement sur l'Ile de Nantes.

Pour développer ce projet d'HAD-R, un poste de kinésithérapeute coordinateur est créé en 2023. Je suis arrivée sur ce poste hybride de kinésithérapeute et d'encadrement en juin 2023. Cette double identité a du sens vis-à-vis de mon parcours.

Un parcours de Kinésithérapeute et Cadre de santé jusqu'à l'HAD-R

Ma découverte de la profession de kinésithérapeute est assez banale. Des chevilles trop laxes m'obligent à entrer dans un cabinet de masseur-kinésithérapeute. La rencontre avec un professionnel passionné, mon envie de prendre soin des autres et la présence d'une école de kinésithérapie dans ma ville, sont à l'origine de mon entrée à l'IFMK de Nantes à la suite de mes années de lycée.

Institut Régional de Formation aux Métiers de Rééducation et de Réadaptation Pays de la Loire

Diplômée en 1994, j'ai le projet plus ou moins lointain de m'installer en libéral et/ou de travailler en structure de soins palliatifs.

Avant cela, pour parfaire ma formation et découvrir une autre région, je pars exercer en centre de rééducation dans une jeune équipe pluriprofessionnelle, dynamique et impliquée dans l'accueil et la formation des jeunes professionnels. La mission de remplacement prévue pour 1 mois, durera 3 années durant lesquelles je vais prendre plaisir à exercer la kinésithérapie en hospitalisation à temps complet dans des domaines variés (orthopédie, rhumatologie, neurologie, obésité) tout en bénéficiant d'une transmission de savoirs entre pairs.

Ma représentation du travail salarié change. Je découvre la richesse du travail en équipe pour la rééducation des patients avec une formation continue, formelle et informelle des soignants.

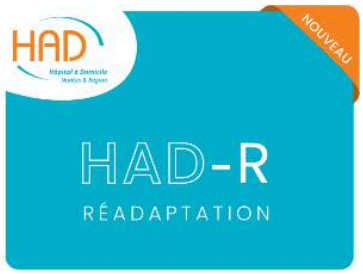
Pour découvrir d'autres lieux et formes d'exercices, je réalise diverses missions d'intérim et remplacements en cabinet libéral. J'apprécie les séances à domicile qui m'amènent à percevoir le patient différemment ; mais le manque d'échanges avec mes pairs et la gêne occasionnée par la relation financière dans le soin, me ramènent en centre de rééducation.

Là, je découvre de nouveaux domaines (douleur chronique, école du dos, lymphologie, amputés) et une nouvelle organisation (Hospitalisation de Jour). Douze années en rééducation qui me laissent le temps de m'impliquer dans les projets de l'établissement (accompagnements des étudiants, certification, projet d'agrandissement et rapprochement avec un centre de rééducation voisin).

La rencontre avec ma nouvelle cadre de santé va être déterminante pour concrétiser mon projet d'encadrement. Avec la direction, elle va m'aider à intégrer l'école des cadres de santé puis m'accompagner lors de ma prise de fonction dans ce même établissement. Je participe alors à la mise en œuvre d'un rapprochement de deux centres de rééducation avec des soignants de statut différent (public ou privé à but non lucratif).

Mon rôle principal est de construire un collectif avec une culture commune, dans un nouvel espace, avec des activités et des organisations nouvelles et des professionnels qui ne sont pas issus de mon métier, tout en accueillant les patients. Un vrai défi qui m'a obligée à être à l'écoute, à analyser les situations, à communiquer, à être réactive et créative…
Puis l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée n'est pas toujours facile à trouver, alors je fais le choix de quitter la fonction de cadre pour retrouver avec plaisir celle de kinésithérapeute en centre de rééducation puis à l'Institut Cancérologique de l'Ouest avec des patients atteints de maladie chronique (Obésité, Neuro gériatrie et Cancer). C'est l'occasion pour moi de me pencher sur une autre façon d'exercer mon métier avec une approche plus réadaptative que rééducative, et un modèle axé sur l'éducation thérapeutique qui interroge mon rôle et ma posture de soignant.

Cette pensée réflexive, favorisée par ma formation de cadre, me fait prendre conscience de l'importance du travail coordonné, en réseau, centré sur le patient tout au long de son parcours avec des allers-retours entre son domicile et les structures de soin.



Forte de ces 30 années d'expériences variées, avec un besoin de participer à un nouveau projet, j'ai proposé ma candidature à l'HAD sachant que l'HAD-R allait voir le jour.

Je suis recrutée pour renforcer l'équipe de kinésithérapeutes salariés de l'HAD sur le terrain, pour coordonner l'activité des kinésithérapeutes (salariés et libéraux) et pour accompagner la mise en place du projet d'HAD-R.

A un an de ma prise de fonction, je constate que ce poste correspond à mes valeurs et ma vision du soin qui je l'espère, se développera demain.

Pourquoi le développement de l'HAD-R ?

L'HAD-R a des avantages pour la collectivité et pour le patient. En tant que kinésithérapeute formatée à la rééducation en centre, j'étais convaincue que la rééducation y était plus efficiente, efficace et que le patient y avait plus de chances de récupération.

Aujourd'hui, je suis étonnée de constater que le patient à domicile qui entre dans une filière de l'HAD-R, a tout autant de chance de récupération, une meilleure qualité de vie et une meilleure insertion sociale.

Quels avantages à l'HAD-R ?

- **Des coûts de soin diminués pour la collectivité** :
  Du fait de l'absence d'hébergement, et de l'absence d'un plateau spécialisé, le prix de journée en HAD est moins important que celui de MCO et SMR. L'intégration de l'HAD-R aux filières MCO et SMR permet d'éviter ou diminuer le nombre d'hospitalisations complètes en MCO et SMR, et les trajets domicile / SMR en hospitalisation de jour.

- **Des soins intégrés et dispensés en temps utile**
  Les partenariats entre l'HAD et les services de MCO-SMR, puis entre HAD et intervenants de ville, participent à fluidifier et optimiser le parcours patient. Le patient a plus de chance de se trouver « au bon endroit au bon moment ».

- **Des soins efficaces centrés sur la personne**
  Les soins de rééducation en situation écologique" sont personnalisés car au plus près de ses besoins et dans son cadre de vie. Les compétences acquises avec la rééducation sont tout de suite transférables dans la vie quotidienne permettant au patient et son entourage de mesurer ses progrès.

En dehors des séances de rééducation, la répétition des actes de la vie quotidienne au rythme qui convient au patient, le fait progresser de façon efficace.

- **Des soins sûrs et de qualité**
  Les obligations de l'HAD-R reprennent les obligations de l'HAD socle, auxquelles s'ajoutent l'intervention de 2 rééducateurs de métier différent pour assurer 5 séances de réadaptation par semaine et d'un médecin MPR qui coordonne le projet du patient.

- **Une approche psychosociale**
  L'environnement familier du domicile permet au patient de retrouver ou conserver ses repères habituels (présence de l'entourage, rythme de vie, préférences alimentaires, activités quotidiennes) très utiles pour le réassurer et le motiver. L'HAD permet à l'entourage de rester proche du patient, d'apporter du réconfort et de s'impliquer, avec l'aide des rééducateurs, dans la réadaptation. Tout cela participe à diminuer le stress, améliorer la qualité de vie et favoriser la réinsertion sociale et familiale. L'HAD permet au médecin traitant de s'impliquer dans les soins dans un cadre sécurisé.

Toutefois, tous ces avantages de prise en charge en HAD-R entrainent la mobilisation quotidienne des proches du patient.

Ceux-ci peuvent éprouver de la difficulté à adapter leur environnement (ajout d'un lit médicalisé, présence du matériel de l'HAD), à accueillir chez eux des intervenants non familiers et à accepter l'organisation complexe des passages. Le passage de l'IDE de liaison de l'HAD avant l'entrée en HAD est important pour que le patient et sa famille soient informés des avantages et désavantages afin qu'ils puissent faire le choix d'une HAD-R en connaissance de cause.

Les étapes avant l'ouverture de l'HAD-R à Nantes?

a) Identifier les besoins et les parcours

Pour identifier les besoins sur le territoire, des échanges réguliers au cours de l'année 2023 ont eu lieu entre l'HAD et différents établissements partenaires de la région nantaise (Neurologie, Orthopédie, SMR…).

Ces rencontres ont permis :

- D'apprendre à nous connaitre, expliquer le fonctionnement de l'HAD socle et les conditions à l'implantation d'une HAD-R, informer sur les ressources humaines disponibles à l'HAD et celles qui sont à envisager.
  Pour l'HAD, l'idée de départ est de faire intervenir les professionnels libéraux du patient dès le début du séjour conjointement avec ceux de l'HAD (ex : kiné) pour les impliquer dans le travail d'équipe, et préparer la sortie de l'HAD-R.

o Définir le profil des patients qui pourraient bénéficier de l'HAD-R : Patient avec potentiel de récupération qui nécessite des soins complexes et coordonnés de rééducation intensive (5x par semaine) et pluridisciplinaires (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, diététique…) avec des objectifs fonctionnels définis et une durée limitée (entre 1 à 8 semaines).

b) Développer la coopération entre HAD et kinésithérapeutes libéraux

Dès juin 2023, les échanges entre les représentants des kinésithérapeutes libéraux (Syndicats de kinés et URPS Kiné Pays de Loire) et HAD permettent d'aboutir à l'écriture d'une charte de bonnes pratiques pour la participation des kinés à l'HAD. Début 2024, un accord-cadre est signé au niveau national entre les principaux syndicats de kinés (Alizé, FFMKR et SNMKR) et la Fédération Nationale des HAD (FNEHAD) qui clarifie les conditions de coopération et qui propose une valorisation importante des actes kinés en HAD.

L'HAD de Nantes & région propose la signature de la convention aux kinés libéraux en mars 2024 et applique cette nouvelle tarification depuis le 1er avril 2024.

c) Renforcer les liens avec les libéraux : Déployer l'accès au DPI

Pour coordonner les différentes interventions et partager les informations, l'accès au dossier informatisé du patient est un pré requis pour les tous les intervenants, qu'ils soient salariés de l'HAD ou libéraux.

Dans cette perspective, le déploiement de cet accès a débuté en décembre 2023 et est toujours en cours pour les kinésithérapeutes libéraux qui travaillent avec l'HAD de Nantes & région.

d) Apprendre des autres et avec les autres :

A partir d'octobre 23, des contacts avec des HAD de la région qui ont déjà ouvert une HAD-R, ont eu lieu pour un partage d'expérience (HAD Vendée, Angers, Saumur, Le Mans, Rennes).

Pour poursuivre les échanges sur l'HAD-R, un groupe constitué de rééducateurs coordinateurs de chaque HAD-R de la région est en cours de création car nous sommes convaincus que l'HAD-R est une vraie opportunité pour le patient en rééducation.

Le top départ de l'HAD-R à Nantes :

Le démarrage de l'activité HAD-R a débuté le 13 mai 24 avec la mise à disposition d'un médecin MPR (0.2 ETP) et d'un ergothérapeute (0.2 ETP) du CHU de Nantes.

Pour compléter son équipe, l'HAD de Nantes et région ouvre un poste d'ergothérapeute et d'orthophonie qui s'intègrera aux 5 kinésithérapeutes (3 ETP), à la diététicienne (1 ETP) et à l'infirmière coordinatrice de réadaptation (1 ETP) qui sont salariés de l'HAD.

Pour débuter l'activité, une capacité de 10 patients est ciblée avec une filière en neurologie (Post AVC récent) et une filière post chirurgie orthopédique et vasculaire (fracture complexe, prothèse, amputation).

Pour conclure :

Ce projet d'HAD-R qui voit le jour à l'HAD de Nantes & région repose sur la complémentarité des compétences présentes dans les établissements et à domicile.,

De plus, la construction d'un partenariat fort entre les acteurs de ville et d'établissement permet d'ajuster la rééducation au plus près de la réalité de vie du patient à son domicile, en construisant un véritable parcours patient.

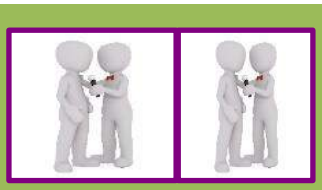
A l'occasion des JNKS NANTES 2024, KINESCOPE ouvre ses colonnes

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

Kinéscope
La lettre
& l'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés

RetEx



Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles

Myriam SARDA
DE MK 1984 Lariboisière AP HP
Diplôme CDS 2012 Nantes
Expérience hospitalière
dans différents établissements et filières de soins
CDS Plateau rééducation MPR depuis 2015

Claire ARGUILLAT
DE MK 2011 IFMK de Poitiers
CHU de Poitiers 2011/2013 : Pôle Réanimation
Libérale Nantes 2013/2015
CHU de Nantes depuis 2015 : Secteur Médecine
Faisant Fonction CDS rééducation MPR depuis fin 2023

Un nouveau plateau de rééducation du pôle Hospitalo-Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation au CHU de Nantes au cœur d'évolutions multiples

A ce jour, nous assistons à une évolution de tous les métiers de la rééducation en lien notamment avec la réingénierie des formations initiales au sein d'universités, le développement de nouvelles technologies et la validation scientifique des techniques de rééducation par les sociétés savantes dédiées.

Par ailleurs, évolue également la place du patient dans les parcours de soin avec des projets patients individualisés, des programmes d'éducation thérapeutique au sein desquels on retrouve des techniques de communication plus adaptées.

La reconstruction du pôle Hospitalo-Universitaire (PHU) de Médecine Physique de Réadaptation (MPR) initiée par le Pr Brigitte Perrouin Verbe a été pensée, pour répondre au principe d'accessibilité universelle et au besoin d'autonomie des patients en situation de grand handicap.

Ce bâtiment sera à disposition des patients issus des unités de MPR neurologique (130 lits et 28 places), de MPR locomotrice (60 lits et 30 places) et respiratoire (20 lits et 12 places). L'équipement du nouveau plateau de rééducation qui en a découlé constitue dans ce contexte un levier important pour enrichir les compétences professionnelles et améliorer la qualité des soins.

L'appropriation de nouveaux espaces et nouveaux outils de rééducation tels que la robotique membre supérieur et membre inférieur, la réalité virtuelle, l'espace dédié clinique de l'assise, le plateau de réentrainement à l'effort, les appartements thérapeutiques d'entrainement et de vie, l'espace Snoezelen, les espaces de réadaptation conduite, ont permis le développement de nouvelles activités.

La réflexion autour de ces nouveaux espaces et équipements a favorisé les échanges professionnels, et a également fédéré les équipes autour de nouvelles organisations de travail.

Vers une expertise professionnelle

Le développement du plateau technique et l'offre de soins est une plus-value non négligeable pour l'attractivité des rééducateurs. Peu de centres peuvent offrir la possibilité de travailler avec les dernières innovations techniques et robotiques. Nous proposons déjà des prises en charge via le Lokomat®, l'Indego® et l'Atalante®. *Ces différents exosquelettes sont utilisés par les masseurs kinésithérapeutes du pôle mais d'autres innovations techniques comme la thérapie miroir avec Dessintey® et l'exosquelette de membre supérieur Armeo® sont exploités également par les ergothérapeutes et* favorisent ainsi l'interdisciplinarité.

C'est une réelle opportunité pour acquérir des compétences et connaissances sur ces domaines d'expertises. Cependant cette expertise nécessite un certain temps d'adaptation, de formation et d'expérience. Actuellement les nouveaux agents intéressés par ces outils innovants rentrent dans un parcours de « compagnonnage » avec leurs pairs déjà formés et participent à des formations sur le sujet. Ils deviennent autonomes en quelques mois mais l'expérience nécessite quelques années de pratique pour maitriser les dispositifs et les protocoles associés.

La mise à disposition de ces nouveaux dispositifs de rééducation a eu un impact sur l'organisation de chacun d'eux avec mutualisation des compétences au service des patients du pôle qui pourraient nécessiter une rééducation « robotique » avec des créneaux horaires dédiés par professionnel référent et création d'outils informatiques partagés. Cette organisation participe au maintien et développement de ces nouvelles activités ainsi qu'à la fidélisation des rééducateurs engagés dans ces nouveaux protocoles de rééducation. Elle sera aussi mise en œuvre au sein de la salle « mouvement et posture » à venir comprenant un dispositif de marche avec réalité virtuelle Grail®, de rééducation en suspension Float® et le Lokomat®.

Par ailleurs, force est de constater que se confrontent en milieu hospitalier les logiques d'organisation des soins en lien avec les ressources humaines disponibles et les recommandations des sociétés savantes concernant les durées de rééducation selon le type et le stade de la lésion du patient. Pour exemple, les nouvelles technologies de rééducation robotique nécessitent des prises en charge individuelles de 45mn environ et ne peuvent pas, contrairement aux préconisations, s'ajouter à un programme de rééducation standard.

Cela peut parfois générer de la frustration pour les rééducateurs qui doivent prioriser leurs techniques sur un temps donné tout en développant des expertises en lien avec ces dispositifs innovants.

Dans un autre sens, la multiplicité des moyens de rééducation à disposition ne fait que renforcer le besoin d'évaluation à chaque changement de protocole pour un patient donné. Cela incite également à l'étude rétrospective des dossiers pour validation ou ajustement des protocoles en cours.

Cette démarche d'évaluation participe à l'analyse des pratiques puisque nous avons ici l'opportunité de discuter des indications des différentes robotiques en fonction de la pathologie et de l'évolution du patient. Toutes ces données recueillies sont aussi potentiellement exploitables pour documenter des questions de recherche.

Les rééducateurs, aujourd'hui formés à la démarche de recherche, bénéficient d'un dispositif institutionnel dédié à la recherche paramédicale pour les accompagner afin de répondre par exemple à des appels à projets nationaux.

Des enjeux managériaux

La formation continue des agents, le développement des compétences et le maintien des acquis sont des axes majeurs de la politique d'encadrement des rééducateurs.

Sur le pôle MPR l'effectif rééducateurs, tous métiers confondus, regroupe quasiment 80 agents. Les agents sont très souvent force de proposition pour des formations collégiales ou individuelles permettant de s'ouvrir vers d'autres approches rééducatives (innovation / concept nouveau).

Cette démarche, soutenue du mieux possible avec un cadre budgétaire contraint, permet de proposer une prise en charge toujours plus pertinente et individualisée mettant toutes les nouvelles technologies disponibles sur notre plateau au service des patients.

L'expertise développée par les agents dans leur prise en soin soulève cependant un questionnement : Comment concilier l'expertise professionnelle et la mobilité des équipes ? La problématique résulte du constat qu'il peut y avoir une perception de « perte de compétence » avec le départ des agents formés dans ces expertises. Pour autant la mobilité professionnelle n'est-elle pas également un facteur de développement de compétences ?

C'est grâce à sa connaissance de l'équipe que le cadre de rééducation est le plus à même de repérer les appétences des professionnels et d'accompagner les agents dans leur perspective professionnelle. Cette vision élargie de son équipe est essentielle au maintien de l'équilibre des effectifs mais aussi de leur qualité de vie au travail avec la possibilité de changement de poste.

La politique du « compagnonnage » mise en place permet une transmission durable des plus experts vers les nouveaux arrivants, atténuant le déficit de compétence lié au départ d'un « expert ».

Avec un effectif de 40 masseurs-kinésithérapeutes qui travaillent au sein du PHU de MPR en collaboration sur le plateau, nous constatons un croisement de génération et d'expérience.

Entre les jeunes diplômés, les agents venant de sites extérieurs et ceux travaillant sur le pôle depuis des années il en découle un certain panel de compétences nécessitant une conciliation équilibrée entre chaque approche. Les MK « jeunes diplômés » questionnent parfois les approches des plus anciens au sujet de l'évolution de leur cursus et des apprentissages donnés.

Ces échanges s'expriment dans les différents groupes de travail, par exemple, « Réflexion sur nos pratiques », « Accueil des nouveaux arrivants », « groupe robotique : littérature scientifique et application » …

Par ailleurs, l'expertise développée dans la durée reste aussi « une ligne de vie » solide et rassurante pour les nouveaux arrivants. Nous pouvons dire que l'inter-générationnalité d'une équipe reste un point positif, questionnant nos pratiques et permettant ainsi de faire évoluer nos prises en charge.

Un nouveau plateau de rééducation implique de nouveaux outils mais également de nouveaux espaces à investir. Et c'est particulièrement cet aspect qui a questionné voire déstabilisé les équipes engendrant pour certains une véritable résistance au changement. En effet, les équipes se projettent volontiers en transposant leurs organisations actuelles dans d'autres locaux et ont souvent eu plus de difficultés à imaginer des nouvelles organisations dans de nouveaux locaux.

Pour d'autres, l'implantation du plateau technique à distance des unités de soins pourrait questionner et faire craindre une baisse des relations avec l'ensemble de l'équipe médico-soignante.

Pour s'approprier ce projet MPR, l'équipe de réhabilitation respiratoire a décidé de partir des dernières recommandations dans la prise en charge des patients pour repenser complétement leur fonctionnement et leur organisation. Ainsi l'équipe a construit un nouveau parcours de soin par profil de patient et met à jour les bilans pour plus de pertinence dans les objectifs définis par la Haute Autorité de Santé.

Une fois de plus le changement bouleverse le quotidien des rééducateurs mais les accompagne vers une évolution de leur pratique et prise en soin encore plus pertinente et personnalisée.

La création d'un nouveau plateau technique vient questionner plusieurs domaines tels que l'évolution des techniques rééducatives avec l'ouverture vers la robotique, l'expertise des agents à concilier avec la mobilité des équipes mais aussi la nécessité du maintien des connaissances et mise à jour des pratiques. Le cadre de rééducation intervient au sein de chaque processus au fil de l'eau pour maintenir la qualité des soins tout en gardant l'objectif d'une bonne qualité de vie au travail des professionnels.

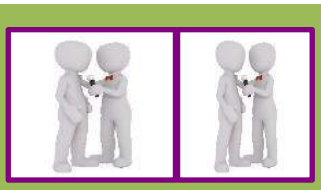
Grâce aux multiples compétences, à la qualité du nouveau plateau technique et le savoir travailler ensemble, nous sommes très satisfaits de pouvoir désormais proposer au sein du pôle MPR la bonne approche pour tous nos patients à chaque étape de leurs parcours de rééducation et de réadaptation.

Myriam SARDA
& Claire ARGUILLAT

Kinéscope
La lettre
& l'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés

RetEx



Au cœur d'un établissement

Portraits, Parcours & Paroles

Tanguy DUROCHER
Adjoint de direction
ESEAN - EEAP Thétis Nantes

L'ESAN, SMR pédiatrique, au cœur d'un écosystème de soins

1- L'établissement

L'ESEAN (Établissement de Santé pour Enfants et Adolescents de la région Nantaise) est un établissement, sanitaire de SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) pour enfants et adolescents, âgés de 0 à 18 ans, privé à but non lucratif, géré par l'association APF France handicap. Il comprend 55 lits d'hospitalisation conventionnelle et 30 places en hospitalisation de jour.

Les objectifs principaux de l'établissement consistent en :
⇨ La rééducation, la réadaptation et la réinsertion du jeune patient dans son environnement d'origine.
⇨ La prise en charge pédiatrique pour des affections de longues durées nécessitant une hospitalisation plus ou moins longue, tout en organisant les meilleures conditions possibles de réinsertion.

Les patients sont adressés par les Centres Hospitaliers Universitaires, ou autres, ou encore sur demande de médecins traitants.
L'établissement assure une prise en charge spécialisée des :
⇨ affections de l'appareil locomoteur ;
⇨ affections du système nerveux ;
⇨ affections respiratoires ;
⇨ affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens ;
⇨ affections onco-hématologiques.

2- Les plateaux techniques spécialisés

L'équipe pluridisciplinaire accompagne tous les enfants et adolescents hospitalisés dans leurs projets de soins de rééducation et réadaptation.
Elle est composée de :
Masseurs-Kinésithérapeutes – Ergothérapeutes – Orthophonistes - Psychomotriciennes - Enseignantes en Activités Physiques Adaptées – Psychologues – Neuropsychologues – Assistantes de service sociale - Diététicienne - Educateur Sportif en balnéothérapie.

3- Les filières et expertises :

Les patients sont accueillis à l'ESEAN, selon des filières médicales définies, structurées et organisées : *Troubles orthopédiques - Troubles du neurodéveloppement - Troubles de l'oralité - Scoliose idiopathique – Polyhandicap - Paralysie Cérébrale – Obésité – Maladies Neuromusculaires - Lésions médullaires - Lésions cérébrales acquises - Affections respiratoires - Douleurs chroniques.*

Les expertises transversales pluriprofessionnelles suivantes sont mobilisées pour offrir un accompagnement adapté :
Soins complexes - Appareillage / Aides techniques - Neuro-urologie - Éducation thérapeutique du patient - Soins palliatifs - Séjour de répit - Réadaptation a l'effort - Pédiatrie sociale - Nutrition entérale et parentérale - Traitement de la spasticité

Afin de permettre une « expérience patient » la plus cohérente possible, certaines filières de prises en charge rééducatives se sont structurées ces dernières années :

- Programme d'Éducation Thérapeutique du Patient « Vivre avec un nouveau dos », à destination d'adolescents ayant bénéficié d'une chirurgie d'arthrodèse vertébrale pour scoliose idiopathique.

- Programme d'Éducation Thérapeutique du Patient « HOPE » (Hospitalisation pour Obésité Pédiatrique) à destination d'adolescents âgés de 12 à 17 ans en situation d'obésité sévère.

- Centre de compétences Maladies Neuromusculaires : Assurer le suivi médical et paramédical (fonctionnel) des jeunes patients.

- Stages de rééducation intensive pour enfants atteints de Paralysie Cérébrale, Scoliose,...

Ecosystème de soins et Réseau APF France handicap

1- Structures pédiatriques APF France handicap Loire-Atlantique

APF France handicap est une association française de défense et de représentation des personnes en situation de handicap et de leurs proches. Elle gère également des établissements médico-sociaux pédiatriques avec lesquels l'ESEAN travaille en étroite collaboration :

Le Pôle Enfance Jeunesse (0/20 ans) regroupe 4 dispositifs implantés qui ont pour objectif de proposer une réponse de proximité, au plus proche du lieu de vie et du milieu ordinaire du jeune :

- L'IEM LA MARRIERE accueille 57 enfants et jeunes en situation de handicap moteur, avec ou sans troubles associés selon :
  - 19 places d'internat en foyer appartement en milieu ordinaire
  - 35 places d'externat
  - Une Section Apprentissage vers la Vie Adulte et vie de quartier
  - Un dispositif Amendement Creton après 20 ans.

- L'IEM LA BUISSONIERRE, accueille 42 enfants en situation de handicap moteur et de polyhandicap avec une modularité de réponse :
  - Accueil de jour temps partiel ou temps plein
  - 8 places d'internat en accueil séquentiel avec des réponses d'aide au répit.

- Le SESSAD APF France handicap 44, accueille des enfants et adolescents de 0 à 20 ans présentant une déficience motrice avec ou sans troubles associés, sur l'ensemble du Département 44. 87 places réparties sur 3 sites.

- Le Pôle de Compétences et Prestations Externalisées (PCPE) a pour vocation de réduire les listes d'attente du SESSAD ainsi que de l'IEM de La Marrière et de la Buissonnière. De plus, il permet de participer à la recherche de réponses partielles pour des enfants et adolescents éligibles à la RAPT.

L'IEM-FP LA GRILLONAIS forme des jeunes en situation de handicap moteur âgés de 16 à 30 ans et compte 85 places, un internat sur site et des places en appartements.

2- Des professionnels mutualisés

Dans une logique de parcours et de réponse adaptée aux projets de soins et de vie des patients, l'ESEAN comme acteur de ce réseau, propose la mutualisation de certains de ses professionnels médicaux et rééducateurs.

Cette logique de partage, permet de proposer des temps de travail plus cohérents et plus adaptés aux besoins des salariés et permet une meilleure connaissance des patients, de leur suivi et de leur projet ; tant dans le cadre du suivi orthopédique au long cours que dans la poursuite d'objectifs fonctionnels cohérents avec les habitudes de vie des enfants et adolescents.

Par ailleurs, cela permet de favoriser la communication entre les professionnels et de faciliter la compréhension des enjeux quotidiens des collègues des structures médicosociales ou sanitaires

3- Au cœur de l'innovation

Ces partenariats institutionnels sont également particulièrement pertinents puisqu'ils permettent de faire bénéficier aux enfants et adolescents suivis quotidiennement des innovations technologiques proposées à l'ESEAN.
Dans cette même logique, des études d'envergure nationale ou internationale menées au sein de l'ESEAN permettent aux jeunes patients de bénéficier d'avancées cliniques favorisant une meilleure qualité de vie. L'idée étant de s'inscrire dans une logique d'ouverture afin de décloisonner le suivi rééducatif et ré adaptatif des enfants et adolescents, dans une logique de parcours.

A l'ESEAN, mon poste s'inscrit dans une logique de décloisonnement des services. En effet, en occupant les fonctions de cadre rééducateur (depuis 2017), de Chef de projet Etude Nationale des Couts (depuis 2018) et d'Adjoint de direction (depuis 2020), cela me permet d'avoir une vision globale facilitant l'imprégnation structurelle des enjeux de la rééducation réadaptation.Issu de la filière activités physiques adaptées, j'ai pu mettre mes années de terrain au profit des enjeux professionnels des rééducateurs, et également au service de la prise en charge des patients, dans un milieu en pleine mutation (réforme des SMR, réforme Tarifaire, …)

Avant l'ESEAN :

- Enseignant en activités Physiques Adaptées : Centre Jacques Calvé – Berck sur Mer (62)- 2008 / Centre Hospitalier Inter Communal - Château Renault (37)- 2009 / Centre Hospitalier – Cholet (49) – de 2010 à 2017
- Consultant Formateur de 2016 à 2019 : My Welper / E-Sophro / Formasium

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 :*

kūrage

MOVEMENT FOR LIFE

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

1. Diagnostic et classification

2. Pilotage de l'entraînement

3. Suivi et accompagnement

- Améliorer la marche
- l'amplitude du mouvement
- Marquage CE med
- Faciliter la rééducation
- Non invasif et sans médicament

Renseignements ou informations ?

Demande de démonstration contactez-nous:

contact@kurage.fr

NeuroSkin®

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

www.kurage.fr

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)

Appareils modulaires de verticalisation

Verticalisation précoce et entrainement 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

THERA-Trainer coro

THERA-Trainer balo

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.

Entraineurs 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 entraineurs, 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

JNKS : KALEIDOSCOPE
profession et métier(s) : quelle(s) identité(s) ?

L'avant-programme au 15 juillet…

L'annonce de la 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 15h30 *… & Politiques Publiques* *Présidence de séance : Pierre Henri HALLER*

- **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 » sérious 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 exosquelettes dans la rééducation, l'assistance et la prévention des T.M.S. Etat des lieux, perspectives et acceptabilité. *Pierre May Carle, MK référent (18)*

pause --- café --- visite des partenaires - exposants --- session posters

16h00 à 18h *… & territoire(s) de recherche & prospective* *Présidence de séance : Pierre Henri HALLER*

- **RECHERCHE PARAMEDICALE … PARCOURS UNIVERSITAIRES ET/OU PARCOURS EXPERIENTIELS**
  - Parcours de l'UE28 *Blandine Coadic, Directrice & Yann Le Lay, Formateur, IFM3R Nantes (44)*
  - Projet de thèse : leviers et contraintes, perspectives *Thomas Lecharte, MK, CHU Nantes (44)*
  - Programme de recherche & appels d'offre nationaux *Thomas Rulleau, MK, Coordonnateur paramédical de la recherche, 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 :*

my SMARTMOVE

La solution de capture et d'analyse personnalisée du mouvement

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

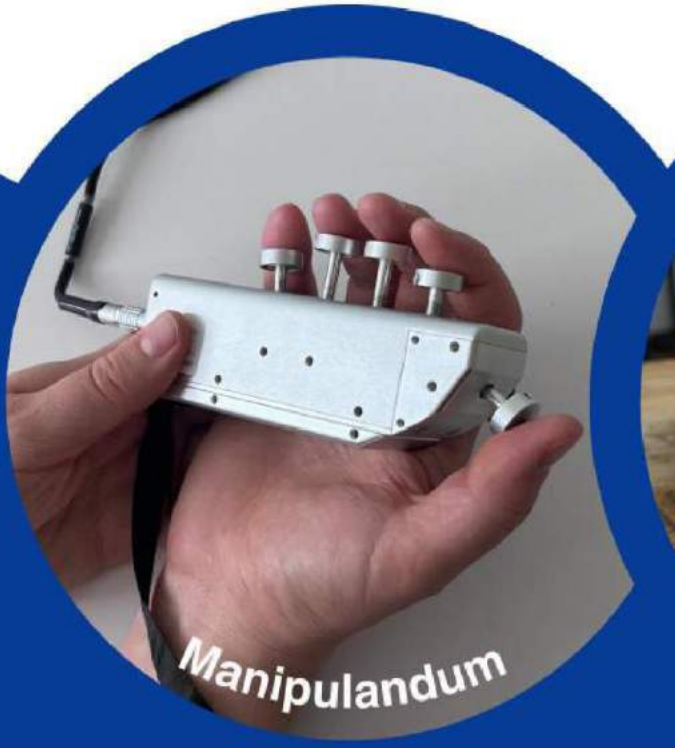
Une formule d'abonnement mensuel à 70€/mois patients et bilans illimités

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

Dextrain

Pour une rééducation de la dextérité intense et accessible

Créer un continuum de rééducation de la clinique au domicile du patient



Une approche sensorimotrice basée sur le **feedback de force** de chaque doigt

Une évaluation et une **rééducation intense et spécifique** de la dextérité manuelle

Des outils ergonomiques pour une **rééducation accessible et en autonomie**

Pour plus d'informations ou organiser une démonstration dans votre service, contactez-nous à : contact@dextrain.com

WWW.DEXTRAIN.COM

JNKS NANTES 2024 — Jeudi 26 septembre — Evolutions des Pratiques Professionnelles…

Dès 8h30 Accueil - Emargement accueil café - visite des partenaires - votes sessions posters

9h00 Kinésithérapie salariée …& territoires disciplinaires

Présidence de séance : Servane Prieu

- **…. & 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**
  - Désencombrement d'un patient tétraparétique en phase aiguë *Herveline Crestin & Catherine Chauvin, MKs, CH St Nazaire (44)*
  - Evolution de la prise en soins des patients Muco depuis la trithérapie : outil d'ETP *Elisabeth Herbert & Claire Dary MKs, Gaelle Ricaud EAPA*
  - Tabacologie : prévention & prescription *Nathalie Denis, IDE tabacologue du CHU Nantes (44)*
  - 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) *Aurélie Oudin-Roth, MK, CHRU Nancy (54)*
  - Recherche " Nutriréa 4 " *Emeline Corbin, MK & Stéphanie Wojciechowski, CDSDiététicienne, CHU Nantes (44)*
  - Résultats Enquête SKR-CNKS
  - Kinésithérapeute en réanimation : évolution du métier *Guillaume Fossat, MK, CHU Orléans (45)*

pause déjeuner - café - visite des partenaires

14h00 Kinésithérapie salariée … & attractivité et/ou fidélisation (1)

Présidence de séance : Yves Cottret

- **DEVENIR SALARIE :** retour d'enquête CNKS - FNEK *Véronique Grattard, CSS MK, CHU Besançon (25)*
- **TUTORAT & AU DELA** *Antoine Guimard, manipulateur radio, CHU Nantes (44)*

Profession & Métiers, quelle(s) identité(s) ?

- **RETOUR D'EXPERIENCE au CH de Saint QUENTIN** *Anne Marquais, MK (02)*
- **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, Aurélie Audouit **, CSS, & Stéphanie Bassu CDSMK, CHU Nantes (44)*
- **METIERS D'HIER, D'AUJOURD'HUI & DEMAIN**
  - Déroulement et plan de carrière curriculaire en question(s) *Pierre-Henri Haller, CSSMK APHM (13), Président du CNKS*

avec la participation en grands témoins de
Jean Michel Lignel, CGS, CHU Nantes (44), Jean Pascal Devailly, MPR président du SYFMER

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 :*

H'ability

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

Happlyz Medical

LORIO™ Espace

Prix du Jury & Prix du Public Reeduca innov' 2023

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.happlyzmedical.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).

Dès 8h00 Accueil - Emargement accueil café - visite des partenaires - session posters

9h00 Kinésithérapie salariée … & territoires disciplinaires

Présidence de séance : Jules BARBIER

- **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)*

- **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

11h30 Kinésithérapie Salariée … & diversification au cœur des territoires

Présidence de séance .....

- **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)*
- **Remise prix poster**

pause déjeuner --- accueil café --- visite partenaires exposants - session posters

14h00 Kinésithérapie salariée : attractivité-fidélisation (2)à l'aune de la QVCT

Présidence de séance Pauline Wild

- **SANTE DES SOIGNANTS : KINESITHERAPEUTE 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**

avec la participation, en qualité de grand témoin, de Corinne Parette, SPS

EN CONCLUSION DES JNKS 2024 & EN PERSPECTIVE DES JNKS 2025

MK salarié : Faire équipe et être aux côtés des ...patients, patients experts, patients ressources ....

Guillaume Rousson, MK, Co-fondateur "Entends moi" (75)

Médimex

ÉVALUATION – RÉÉDUCATION – PERFORMANCE

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 da 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

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 :**
votre nom, prénom,
fonction, établissement, adresse professionnelle,
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 ……
Fait à ……le……/……/……

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 : *tarif normal*	*adhérent **	*non adhérent*
Mercredi 25 septembre (am)	*100 €* ◯	*150 €* ◯
Jeudi 26 septembre	*200 €* ◯	*250 €* ◯
Vendredi 27 septembre	*200 €* ◯	*250 €* ◯
Total *(à reporter) :*	= …… €	= …… €

A partir du 09 septembre : *tarif majoré*	*adhérent **	*non adhérent*
Mercredi 25 septembre (am)	***150 €*** ◯	***200 €*** ◯
Jeudi 26 septembre	***250 €*** ◯	***300 €*** ◯
Vendredi 27 septembre	***250 €*** ◯	***300 €*** ◯
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 assujetti 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 nous 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 :*

Collège National de la Kinésithérapie Salariée

Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes

Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

DOSSIER EVOLUTIF à suivre sur cnks.org

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

L'intention, le geste, la trace !

www.cnks.org
contact.cnks@gmail.com

Kinéscope
La lettre de l'Esprit du CNKS
Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

L'ESSENTIEL DOSSIER

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 connaitre 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.

PROGRAMMES DE RECHERCHE (rappel)

Après le PRME, le PHRIP et le PREPS les jurys de sélection des projets candidats aux programmes de recherche 2023/2024 du Ministère de la Santé et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) se sont terminés fin juin 2024 avec le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC, 4 jours de jury, + de 170 dossiers examinés, 340 expertises réalisées). Si le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), est l'appel à projet phare du Ministère de la Santé qui a permis au cours des 30 dernières années de structurer une recherche clinique d'excellence en France et d'étoffer l'offre de soins en ouvrant de nouvelles perspectives diagnostiques et thérapeutiques pour les patients il faut aussi souligner le développement des PHRIP accessibles aux paramédicaux.

Pour tout savoir sur ces différents programmes financés et gérés par le Ministère de la Santé : https://lnkd.in/etvy2akX

A vos crayons, stylos, stylets et claviers !

La retraite rédactionnelle de la SFP est de retour avec une 3e édition.

Inspiré du concept québécois "Thésez-vous", cette retraite consiste en 3 jours dédiés à la rédaction d'une partie ou de la totalité de votre projet/article, accompagnés par des membres de la SFP spécialement formés pour l'occasion. Le séjour sera organisé avec des temps de rédaction individuelle, d'ateliers en groupe et de mentorat.

L'hébergement et les repas sont compris dans le tarif et la prise en charge FIF-PL est possible. Détails et inscription ici: https://lnkd.in/eCRznxvk

Publier son travail
Réussir son projet de rédaction

Réussir à transformer un mémoire en un article, ou tout simplement prendre du temps pour structurer sa rédaction, n'est pas une chose aisée.
La **Société Française de Physiothérapie** vous accompagne pour réussir ce défi et vous propose un séjour dédié à la rédaction, inspiré du concept québécois *Thésez-vous*. Pendant 3 jours, vous serez accompagnés par des membres de la SFP spécialement formés pour l'occasion. Le séjour sera organisé avec des temps de rédaction individuelle, d'ateliers en groupe et de mentorat. Nous mettons tout en place pour que vous puissiez travailler de manière efficiente dans un cadre propice à la concentration et finir le séjour avec votre travail bien avancé (voire terminé !).

Une retraite de rédaction, c'est quoi ?
C'est plus de 20 heures de rédaction, sans aucune autre préoccupation, avec des étudiants, chercheurs et collègues partageant le même but.

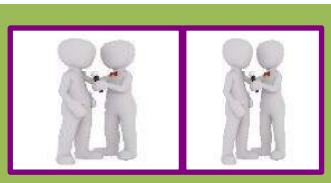
RETROSCOPE
TOURS D'EXPERIENCES

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'une pratique

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

Retour sur une intervention réalisée par Joël Meissonnier (socio-anthropologue, au CEREMA : centre d'études et d'expertises sur les risques, l'environnement, les mobilités et l'aménagement) à la JPSFGG (journée de printemps de la société française de gériatrie et gérontologie) qui a eu lieu le 21 mars dernier. Il a abordé l'épineuse question des mobilités et les besoins des personnes âgées en matière de mobilités.

En effet, en tant que masseur-kinésithérapeute en SMR gériatrique au CHU de Rouen, je suis très sensible à cette question des mobilités, car elle est particulièrement présente auprès des patients de nos services, surtout lorsqu'il s'agit d'organiser les modalités de retour à domicile de façon pérenne, concernant des patients présentant une grande fragilité physique associée à des troubles cognitifs.

Il évoque le fait que les « aînés » sont de plus en plus nombreux à conduire, avec tout particulièrement une féminisation très significative de la conduite de la génération du baby-boom.

Le nombre de déplacements des 65-74 ans est multiplié par 2 d'après l'enquête mobilité des personnes [1].

Chez les plus de 75 ans, l'augmentation est même multipliée par 4.

Cette augmentation se fait au détriment de la marche et des transports en commun.

Se pose la question de poursuivre indéfiniment la conduite automobile.

Se pose également la question du processus de démotorisation pour les personnes de la génération du baby-boom, qui a bénéficié d'une mobilité sociale ascendante.

Cette génération a contribué à la démocratisation de l'automobile pour tous, mais aussi à ce phénomène d'expansion péri-urbaine de l'habitat.

Cela créé donc une dépendance automobile.

Cette génération reste toutefois l'une des principales en mesure d'acheter des véhicules neufs et a fait de l'indépendance son credo.

Dans les villes, il est nécessaire de placer des bancs, des toilettes publics, mais aussi d'organiser des réseaux de chemins piétonniers intercommunaux permettant de faciliter les mobilités à pied ou encore à vélo.

Il y a un besoin important d'anticiper une éventuelle mobilité sans voiture au grand âge.

C'est un processus qui se produit souvent de manière abrupte et imposée.

Il existe plusieurs raisons à ce retard de prise de conscience de l'importance, voire de l'urgence, de la démotorisation :

- la présence de proches qui rassurent,
- les représentations autour de la voiture : « la voiture c'est l'avenir, les transports en commun c'est passé, c'est du passé ». La voiture est devenue une évidence. Les expériences de transports en commun remontent à l'enfance,
- le défaut d'anticipation de la diminution des capacités d'adaptation,
- l'habitacle des voitures modernes créant un plus grand sentiment de sécurité, rendant plus compliqué le processus de démotorisation.

Les personnes âgées évoquent le fait que plus elles vieillissent, plus conduire devient vital. Conduire semble être un signe de vitalité alors qu'arrêter de conduire semble représenter un rapprochement vers la fin de vie.

Conduire semble également faire partie intégrante de l'identité masculine.

Se pose la question de l'âge auquel il semble important d'arrêter de conduire.

Une étude longitudinale montre que les personnes de la tranche d'âge 70-75 ans évoquent un âge limite à 80 ans.

Toutefois, les personnes de 80 ans évoquent un âge limite à 85 ans. Cet âge d'arrêt de la conduite est reporté à mesure que l'âge des personnes interrogées est avancé.

Avec l'âge, certaines personnes surestiment leurs capacités à conduire et sous-estiment la diminution de leurs aptitudes.

Il existe, par ailleurs, un manque d'accompagnement des personnes âgées vis-à-vis des évolutions du code de la route.
Il semble toutefois rassurant d'avancer le fait que les statistiques ne mettent pas en évidence de lien entre l'avancée en âge et une augmentation des accidents de la route.

D'après des témoignages tirés des études, les personnes âgées adaptent leur conduite à leur état de santé, en réduisant la fréquence des déplacements, la longueur des trajets, en réduisant la vitesse, ou encore en évitant de conduire la nuit.

Il semblerait que si la démotorisation était mieux anticipée, elle pourrait être mieux vécue.

Il conviendrait d'avancer un certain nombre de préconisations, notamment ne pas se rattacher totalement à la voiture pour les déplacements, en trouvant des alternatives.

Il semble, par ailleurs, pertinent de réapprendre à utiliser les transports en commun, en apprivoisant l'usage de ses applications permettant d'acheter et valider les titres de transport, ou encore en faisant appel à des associations aidant à l'accompagnement de la prise des transports.

Il faut accompagner l'anticipation de la démotorisation tout en accompagnant l'anticipation d'un éventuel déménagement afin de se rapprocher, tant que possible, des commodités à proximité du lieu de vie.

Il existe des stages de mise à jour du code de la route et des stages de conduite, permettant de maintenir des capacités de conduite automobile sécurisée et contribuant à repousser l'âge de l'arrêt de la conduite.

Se pose la question des modèles de type covoiturages et d'une possibilité de mise en place afin de maintenir des capacités d'indépendance en matière de déplacements pour faire ses courses.

La France n'étant pas le seul pays dans lequel se pose cette question de la conduite auto des séniors, il semblerait pertinent d'aller regarder chez les voisins européens ce qui se fait en matière d'accompagnement, de loi et d'adaptations.

Cette question semble, pour le moment, ne mener qu'à des ébauches de pistes, mettant en lumière certains paradoxes et intérêts divergents. Ces pistes nécessitent une exploration approfondie afin de faire émerger des axes de travail, menant à des réponses tangibles.

Frédéric Desramault

MK en gériatrie (76)

Bibliopraphie

[1]. https://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/resultats-detailles-de-lenquete-mobilite-des-personnes-de-2019

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.

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 Hopsitalières 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 permit 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** !*

INFORMATIONS – RAPPORTS – ETUDES ….

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

La DGAFP (Direction générale de l'administration et de la fonction publique) a publié une étude sur le profil sociodémographique des agents de la fonction publique.

Selon l'étude, en 2022, ce sont "plus souvent des femmes (64 %) et des personnes de 50 ans et plus (41 %) que les autres personnes en emploi ou au chômage. Les femmes sont notamment majoritaires parmi les aides-soignants (neuf sur dix) et dans les professions intermédiaires de la santé et du travail social (huit sur dix), métiers principalement exercés dans la fonction publique hospitalière.

Plus diplômés, les agents publics ont aussi eu plus souvent des parents ayant eux-mêmes travaillé dans la fonction publique (40 %), en particulier parmi les cadres (48 %).

La proportion d'immigrés parmi les agents publics est plus faible que parmi les autres personnes en emploi ou au chômage (6 %, contre 12 %), mais l'écart se réduit pour les descendants d'immigrés (9 %, contre 10 %).

Surreprésentés parmi les agents de service et les aides-soignants, les immigrés le sont aussi dans certains métiers très qualifiés (enseignant-chercheur, médecin hospitalier), où les conditions de nationalité ne s'imposent pas. Les agents de la fonction publique employés et ouvriers ont les mêmes niveaux de diplômes que leurs homologues du secteur privé.

En revanche, les agents de profession intermédiaire sont surdiplômés par rapport aux salariés du privé du même groupe social."

Du coté de nos collègues soignantes et aides soignantes

En 2021, 423 500 aides-soignantes sont en activité, 500 300 infirmières exercent une activité salariée et 98 600 infirmières une activité libérale. Ces effectifs ont tous augmenté entre 2013 et 2021, mais la hausse est bien plus importante pour les infirmières en activité libérale (+ 28,5 %) que pour les infirmières salariées (+ 6,9 %) et les aides-soignantes (+ 6,5 %). Ces chiffres sont issus de la dernière étude méthodologique présentée par la #Drees pour mesurer la démographie de ces professionnels de santé. #infirmieres #infirmiers #aidessoignantes #aidessoignants #demographie #drees #hopital #ville

Comment mesurer la diffusion des modèles organisationnels issus du « nouveau management » dans l'État, les hôpitaux et les collectivités locales ?

Depuis plus de 20 ans, la sociologie de l'action publique a documenté la manière dont les réformes de l'État ont contribué à importer, dans les ministères, des instruments managériaux issus des grandes entreprises.
Comment mesurer la diffusion des modèles organisationnels issus du « nouveau management » dans l'État, les hôpitaux et les collectivités locales ?

Cet article mobilise les enquêtes "Conditions de travail 2005 à 2019" pour étendre aux administrations publiques les travaux statistiques portant sur les formes d'organisation du travail, habituellement réservés aux entreprises. L'analyse empirique en distingue cinq : l'autonomie du métier, l'autonomie évaluée, le contrôle direct, le lean management et le taylorisme flexible. Les professions organisées du public connaissent une érosion de leur autonomie collective sous l'effet de la diffusion des instruments d'évaluation formalisée tout en demeurant dans des organisations très qualifiantes. Les cadres de l'État et des établissements de santé adoptent largement le modèle du management par objectifs. Les agent·es subalternes des ministères et des hôpitaux publics voient se développer des organisations néotayloriennes très contraignantes. Il apparaît ainsi que les enjeux de la diffusion des techniques de gestion issues des grandes entreprises sont très différents selon la position des agent·es dans les hiérarchies administratives, du fait d'une répartition inégale des marges de manœuvre et des contraintes managériales.
Article complet sur DARES https://swll.to/Lr5kO7f

ATIH (Agence Technique Information Hospitalière)

- SIMPLIFICATION DU CSARR & GUIDE DE CODAGE CSAR
- & ANALYSES D'ACTIVITES

Dans le cadre du projet de simplification du CSARR, une phase transitoire « test » va débuter en 2025, offrant aux établissements la possibilité de coder en CSARR ou CSAR. Cette phase test aura comme objectif l'appropriation à leur rythme de cette nouvelle nomenclature par les établissements. Cette phase « test » précède la mise en place du modèle cible CSAR, prévue à compter de 2026.

Le présent catalogue est divisé en deux principales parties :

- Le guide de codage CSAR
- La partie analytique, avec :
  - En annexe 1, la liste des codes
  - En annexe 2, la liste des modulateurs, modalités et extensions documentaires
  - En annexe 3, la liste des associations possibles entre les actes et les modalités / modulateurs
  - En annexe 4, une table d'aide au codage (indicative)

Il s'accompagne d'un fichier associé contenant les différentes annexes au format Excel.
On attire l'attention du codeur sur le caractère provisoire du présent catalogue : une version définitive sera publiée d'ici fin 2024. Il sera complété d'une liste indicative des intervenants attendus pour chacun des actes du catalogue.

https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2022

Sommaire

GUIDE DE CODAGE CSAR 5

1. DESCRIPTION DU CSAR ET RÈGLES DE LECTURE 6
1.1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CATALOGUE 6
1.2. STRUCTURE DU CATALOGUE CSAR 6
1.2.1. Les chapitres 01 à 08 6
1.2.2. Les chapitres 09 à 11 7
1.3. LES ACTES 7
1.3.1. Les libellés 7
1.3.2. Le système de codification 9
1.3.3. Les définitions 11
1.3.1. Les fonctions de la CIF 11
1.3.2. Les exclusions 12
1.3.3. Les descriptions 13
1.4. LES MODALITES DE REALISATION DE L'ACTE 13
1.4.1. Les actes collectifs 13
1.4.2. Les actes pluri-professionnels 13
1.5. LES MODULATEURS 14
1.6. LES EXTENSIONS DOCUMENTAIRES 15

2. PRINCIPES D'UTILISATION DU CSAR ET RÈGLES DE CODAGES 16
2.1. LES PRINCIPES DU CODAGE 16
2.1.1. Principe 1 : notion d'acte global 16
2.1.2. Principe 2 : codage exact de l'acte réalisé 16
2.1.3. Principe 3 : codage de l'acte finalement réalisé 17
2.2. CODAGE D'UN ACTE 17
2.2.1. Codage des évaluations 17
2.2.2. Codage des séances 17
2.2.3. Codage des mises à disposition d'appareillage 18
2.2.4. Codage des préparations / suivi de dossier 18
2.3. CODAGE DE L'INTERVENANT 18
2.3.1. Liste des intervenants 18
2.3.2. Situations particulières 19
2.4. AIDE AU CODAGE 20

ANNEXE 1 : LISTE DES CODES 21

ANNEXE 2 : LISTE DES MODULATEURS, MODALITES ET EXTENSIONS DOCUMENTAIRES 50

ANNEXE 3 : ASSOCIATIONS DES CODES AVEC LES MODULATEURS ET MODALITES 52

Modalité collective et/ou pluri-professionnelle 53

Modulateurs 57

ATIH (Agence Technique Information Hospitalière) & ANALYSES D'ACTIVITES

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) réalise des analyses annuelles de l'activité hospitalière, offrant une vision d'ensemble des hospitalisations en France, issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

En 2022, les analyses sont publiées par champ : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SMR) et psychiatrie.

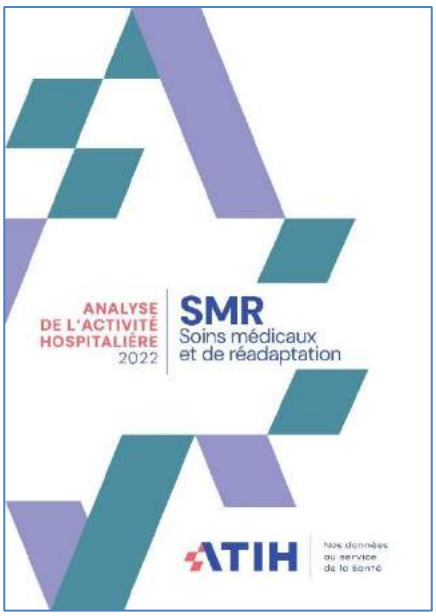
Comme chaque année, l'ATIH publie les chiffres clés de l'hospitalisation en France pour tous les secteurs d'activité.

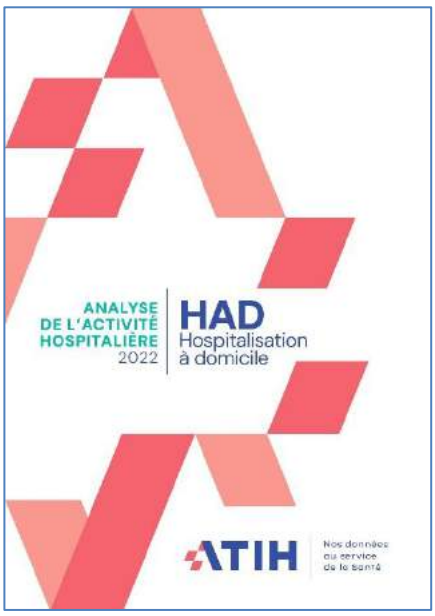
Dans ce document, vous allez trouver un résumé de l'activité MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) pour l'année 2023.

On y apprend que :

- ce sont 12,6 millions de patients qui ont été hospitalisés générant 19,7 millions de séjours.
- 840 établissements publics ont accueillis 6,9 millions de patients, 536 établissements privés commerciaux ont accueillis 5,3 millions de patients, et 319 établissements privés d'intérêt collectif ont accueillis 1.3 million de patients ;
- l'hospitalisation complète pour 6,7 millions de patients a représenté 9,9 millions de séjours avec une DMS de 6 jours
- l'hospitalisation ambulatoire pour 7,4 millions de patients a représenté 9,9 millions de séjours aussi
- l'hospitalisation "médecine" pour 4,4 millions de patients a représenté 8 millions de séjours
- le nombre de patients par type d'établissement représente 3,8 millions pour les établissements publics, 778.000 pour les établissement privés commerciaux, et 471.000 pour les établissements privés d'intérêt collectif ;
- …. Ou encore 1 million de patients - soit 6,6 millions de journées - ont été suivis en soins critiques dont 253.000 patients – soit 1,9 million de journées - en réanimation.

Consultez aussi les données pour les autres secteurs d'activité
– dont les **SMR** et l'**HAD** - directement sur le site internet de l'ATIH.





EFFECTIFS, ORGANISATION, … SATISFACTION, FIDELISATION …de vrais sujets trop souvent ignorés, occultés, masqués, déliés … ?

Matthieu Guyot, expert RH de l'ANAP (dont KINESCOPE a déjà rapporté quelques écrits parus sur Linkedin postait au mois de juin à propos de la SATISFACTION (au travail)

" C'est difficile de fidéliser des professionnels quand on ne sait pas ce qu'ils pensent ! C'est particulièrement le cas lorsqu'ils ne communiquent pas leurs difficultés. Les salariés peuvent hésiter à exprimer leurs frustrations ou leur insatisfaction, par crainte, par manque de confiance en la confidentialité des processus ou simplement parce qu'ils ne croient pas que leur voix sera entendue et prise en compte. Cette réticence à partager leurs ressentis peut créer un environnement où les véritables problèmes restent cachés, empêchant ainsi les DRH et managers d'identifier et de résoudre les véritables problèmes.

Face à ce défi, la solution de facilité consiste souvent à écouter ceux qui revendiquent le plus fort, qui font le plus entendre leur voix - mais c'est généralement peu efficace : celui qui parle le plus bruyamment ne saurait pour autant représenter tout un collectif.

Il apparait alors nécessaire d'avoir des données plus fiables, plus "objectives" ; une méthode et des outils à la fois pour mesurer la satisfaction, et surtout comprendre ce qui pose problème au plus grand nombre dans l'organisation. Faire des "enquêtes" ? Des réunions ? Pourquoi pas mais la difficulté majeure réside dans la réalisation de ces tâches sans perturber les professionnels, qui sont déjà occupés sur de multiples missions !

Il est essentiel de trouver des méthodes qui soient à la fois efficaces et respectueuses des emplois du temps de chacun. Les outils et les stratégies employées doivent donc être conçus de manière à minimiser les interruptions et à s'intégrer de façon fluide dans la routine quotidienne.

Outre les solutions habituelles, quelques pistes :

- *les enquêtes "pulse" sur des projets / thématiques particulières*
- *mieux utiliser les entretiens annuels, une mine d'or d'informations sous-exploitée, ce qui implique évidemment leur digitalisation et l'analyse*
- *interroger ceux qui partent : entretiens, questionnaires*

La production d'indicateurs synthétiques automatisés sur la base des données RH existantes (des outils existent, avec de l'hashtag#IA), vous les trouverez dans le panorama du marché des solutions pour mesurer la satisfaction des salariés de l'ANAP !

Le plus important cela dit : l'investissement dans la démarche doit être tangible. Cela signifie allouer des ressources suffisantes pour mettre en œuvre les améliorations nécessaires. Les actions entreprises doivent être suivies, visibles et ressenties par les professionnels. Rien de pire pour le moral que des successions d'enquêtes qui n'ont aucun effet !

C'était un résumé de l'article que je publie dans Gestions hospitalières "Mesurer la satisfaction du personnel pour une meilleure fidélisation" : https://lnkd.in/evvGDz9U

Et vous, qu'en pensez-vous ? Parmi toutes les priorités d'un établissement, faut-il mesurer la satisfaction des professionnels ou est-ce un élément secondaire ? Quelles sont vos difficultés et erreurs à éviter ?

Qui n'est pas tenté d'y croire ? Mais qui n'a pas entendu la sempiternelle plainte " du manque de reconnaissance " quasi premier déterminant ou argument de l'in-satisfaction ? Reste que l'explicitation du "manque de reconnaissance" est elle-même très protéïforme.

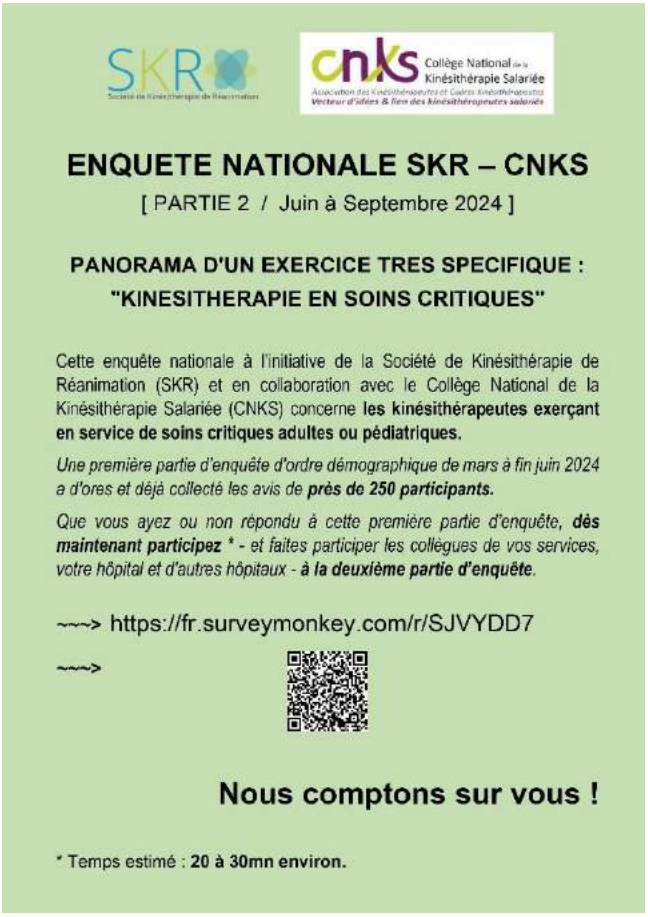
Et ce n'est pas pour rien que dans le titre de cet article le CNKS a souhaité lier ce sujet de satisfaction à ceux des effectifs et de l'organisation auxquels on peut aussi associer la qualité, la sécurité, le projet, la communication …
L'enquête nationale, menée par le CNKS avec la SKR, sur " Kinésithérapie et Soins critiques " dont les résultats bruts seront communiqués lors des JNKS Nantes 2024 démontrera l'hétérogénéité des effectifs en MKs - à nombre de patients/ou lits équivalents - dans ce domaine très spécifique ; une hétérogénéité qui est vraisemblablement de même intensité dans de nombreux autres domaines dans lesquels sont requis des MKs.

A propos d'effectifs l'ANAP a récemment mis à disposition comme outil d'aide à la construction et à l'organisation, planification du travail de ces effectifs, le dispositif dit des "MAQUETTES" quand dans le même temps le CONSEIL SCIENTIFIQUE DU CONSEIL NATIONAL DE L'INVESTISSEMENT EN SANTE promeut le dispositif "PARA(g)DIM(s)" incluant "Care'stime déjà présenté dans de précédents KINESCOPE.

Ces dispositifs essentiellement pensés, envisagés et construits à partir d'activités de soins infirmiers et aide-soignants, sont-ils adaptables, transposables voire transférables à des activités de rééducation ?
La question reste ouverte … Le CNKS met le sujet en discussion aux JNKS et organisera, d'ici au JNKS 2025, un GT (groupe de travail) en charge d'une réflexion-test.

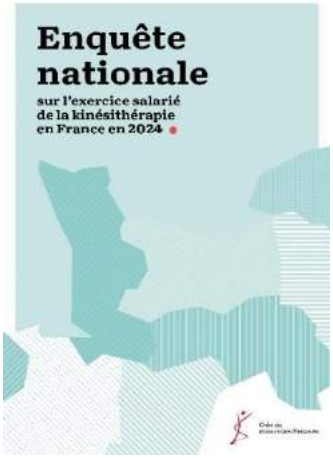
ENQUETE NATIONALE
KINESITHERAPIE & SOINS CRITIQUES

N'OUBLIEZ PAS D'Y CONTRIBUER
& D'INCITER VOS COLLEGUES
AVANT LE 15 SEPTEMBRE 2024



L'outil maquette organisationnelle vous permet d'obtenir une **estimation fiable de vos besoins en effectifs**, pour améliorer la gestion du temps de travail de votre structure sanitaire ou médico-sociale.
Cet outil robuste et complet offre une vue détaillée et approfondie, pour une planification précise des effectifs nécessaires. Ses caractéristiques :
- analyse détaillée des données.
- personnalisation avancée pour des besoins spécifiques (absentéisme, annualisation du temps de travail…).
- outil d'aide à la décision pour une gestion stratégique des effectifs.

Cette version mise à jour vous propose la possibilité d'étudier jusqu'à 10 métiers sur un seul et même outil !
https://anap.fr/sfc/servlet.shepherd/document/download/0697Q000008uOiyQAE



VIENT DE PARAITRE

CNOMK

Enquête nationale sur l'exercice salarié de la kinésithérapie en France 2024.

" Guidé par ses valeurs intrinsèques de préservation des intérêts du patient dans le cadre de l'accès et de la qualité des soins prodigués par les kinésithérapeutes, le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes évalue régulièrement, par le biais d'enquêtes, la démographie professionnelle grâce au travail de la Commission Santé Publique et Démographie.

Objectif : étudier la pérennité de l'offre de soins essentielle pour la santé à chaque âge de la vie. Les moyens mis en œuvre ont abouti à la réalisation de différents travaux caractérisant l'offre de soins en kinésithérapie sur le territoire."

Pour en savoir plus https://lnkd.in/g7MB5f6H

En perspective d'un point de discussion à l'odj du conseil d'administration du 25 septembre en marge des JNKS, les administrateurs du CNKS ont mission, d'en analyser les tenants et les aboutissants, l'objectif, discussion, conclusion et d'émettre un éventuel avis / commentaire circonstancié.

Les avis, observations et commentaires, que les lecteurs de KINESCOPE, adhérents et abonnés, voudraient bien nous faire parvenir * seront versés à discussion

(*) avant le 20 septembre par mail à **contact.cnks@gmail.com**

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE PREMIER RECOURS

COUR DES COMPTES 13.05.2024

Définis par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou encore ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues.

En France, l'accès à ces soins est de plus en plus difficile, au point que l'on qualifie une partie du territoire national de « désert médical ». Leur importance a pourtant été reconnue depuis plus de quarante ans par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Elle a été consacrée en France par plusieurs lois qui ont cherché à améliorer la couverture des besoins en améliorant l'efficacité du système de santé. Pour ces motifs, les juridictions financières ont poursuivi leur examen des aides publiques à l'organisation des soins de premier recours, engagé en 2023 avec l'analyse des aides des collectivités territoriales.

Des évolutions décevantes dans les conditions d'accès aux soins

L'offre de soins résulte d'une évolution complexe des effectifs des professionnels de santé comme de la modification de leur comportement. La demande, quant à elle, augmente en raison de la fréquence croissante des pathologies chroniques qui induisent un volume plus important de soins dits « programmés ».

Du fait de la saturation des agendas des médecins, les patients rencontrent de plus en plus de difficultés à trouver une réponse à leurs demandes de soins dits « non programmés ». Plusieurs indicateurs quantitatifs traduisent ces tensions : les délais moyens pour obtenir des rendez-vous avec les médecins s'allongent, la part de patients sans médecin traitant s'accroît, de même que la part de médecins ne prenant plus de nouveaux patients. Parmi les patients sans médecin traitant, la part des plus précaires augmente. Les inégalités géographiques de répartition des professionnels de santé s'aggravent.

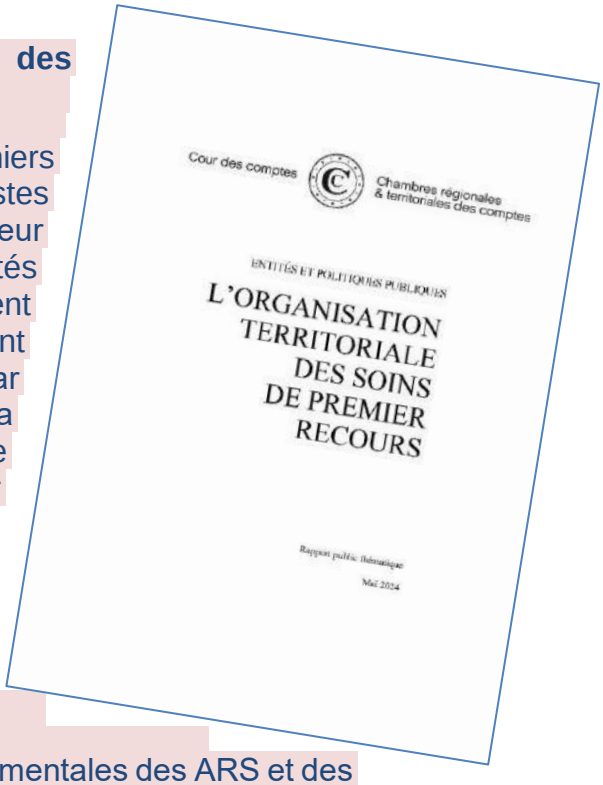
Dans certains territoires, le taux de patients sans médecin traitant peut ainsi représenter jusqu'au quart des patients et le taux de passages aux urgences sans gravité particulière atteindre 40 %.

Des mesures dispersées et peu ciblées

Depuis la fin des années 1990, divers plans ou mesures ont été déployés pour mieux organiser les soins de premier recours. L'accent a d'abord été mis sur le rôle de « pivot » donné aux médecins généralistes « référents », puis « traitants ». Des « réseaux de soins » ont été organisés pour faciliter cette orientation et partager la charge du suivi des patients. Divers « plans » ont ensuite cherché à renforcer les aides versées aux professionnels de santé pour favoriser leur installation, ou leur maintien, dans des zones peu dotées en médecins.

À partir des années 2010, l'objectif a plutôt été de développer des structures de soins telles que des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé médicaux. En parallèle, diverses mesures ont cherché à confier des missions d'appui aux professionnels libéraux de premier recours, mais elles sont restées dispersées. La stratégie esquissée au niveau national a réaffirmé le caractère indispensable de l'adaptation des soins de premier recours, mais celle-ci ne s'est que peu traduite en objectifs opérationnels évaluables. Le contraste est donc important entre l'ambition des mesures annoncées et le « sentiment d'abandon » que peuvent ressentir des habitants des territoires les plus fragilisés. La multiplication des dispositifs d'aides et leur instabilité dans le temps rendent une consolidation globale des résultats très difficile. Bien que des éléments positifs soient à noter, les aides apportées se révèlent inefficaces si l'on en juge par leur faible impact. En outre, la possibilité pour les diverses professions de santé d'organiser des coopérations structurées est insuffisamment mise en pratique.

Une politique publique à structurer en fonction des résultats attendus



Les analyses plus détaillées incluses dans les trois cahiers territoriaux contribuent à rendre plus concrètes les pistes d'évolutions proposées dans le cahier national. Dans leur diversité, les aides accordées par les collectivités territoriales, en plus des dispositifs nationaux, peuvent contribuer à amorcer une dynamique, mais sont insuffisantes. L'analyse des interventions menées par l'ARS et la Cpam dans le département de l'Aveyron a ainsi permis de relever la persistance de situations de carence médicale, dans plusieurs bassins de vie. Pour consolider les progrès déjà réalisés, une stratégie globale est indispensable, qui doit permettre ensuite de répondre aux problèmes identifiés dans chaque territoire. La définition, au niveau des départements, de projets territoriaux d'organisation des soins de premier recours mériterait d'être généralisée.

Ces projets, placés sous l'égide des délégations départementales des ARS et des Cpam, devraient être clairement animés par une logique de résultats, à partir d'une batterie très sélective d'indicateurs « d'alerte ». Les administrations nationales devraient soutenir cette démarche, en guidant et évaluant ses progrès de manière périodique.

Au service de ces projets territoriaux, les aides doivent être orientées vers les patients les plus vulnérables et les territoires les plus carencés. Des interventions plus volontaristes sont indispensables, ainsi que le déploiement de centres de santé hospitaliers ou de cabinets médicaux secondaires. Ceux-ci seraient soutenus par une obligation d'exercice partiel en zones médicalement sous-dotées, en contrepartie de la possibilité donnée aux médecins de s'installer dans des zones les mieux dotées.

Rapport IGAS " FINANCER LA QUALITE DES SOINS DANS LES ETABLISSEMENT DE SANTE …"

propositions de l'Inspection générale des affaires sociales - Igas pour rénover et étendre le financement lié à la qualité des soins.

Un rapport très fourni en entretiens réalisés et en analyses précises qui amènent l'IGAS à formuler de nombreuses recommandations (cf. les tableaux des pages suivantes). Notre collègue Guillaume Rousson a souhaité mettre en exergue celle de "nouveaux indicateurs" pour réformer le financement de la qualité. KINESCOPE vous rapporte ses propos :

" L'IGAS propose deux ensembles principaux d'indicateurs :
1) Indicateurs transversaux, calculés autant que possible au niveau des services de soins avec une automatisation du recueil. Ceux-ci incluent un socle pérenne commun à tous les établissements (certification, prise en charge de la douleur, #ExpériencePatient) et des indicateurs temporaires ciblant des axes d'amélioration spécifiques (événements indésirables, soins écoresponsables).

C'est dans ce contexte que l'IGAS, notamment suite à notre audition, souligne que l'utilisation des verbatim d'#ExpériencePatient est "considérée par beaucoup d'établissements et par les équipes soignantes comme une source d'information très utile pour faire évoluer les pratiques". Ils citent donc " EntendsMoi " comme l'un des outils pour automatiser l'analyse de ces verbatim afin de favoriser leur utilisation.

2) Indicateurs centrés sur les résultats des soins (#PROMs et #CROMs) par spécialité ou pathologie. Les établissements sont incités non seulement sur les résultats eux-mêmes, mais aussi sur leur engagement dans une démarche de mesure et de comparaison transparente des résultats, ce qui a prouvé être un facteur d'amélioration de la qualité.

Ce rapport propose une révision fondamentale du financement, non pas en augmentant les enveloppes mais par une réaffectation intelligente et par l'introduction de nouvelles recettes, assurant ainsi une transition douce vers un système plus juste et efficace."

RAPPORT IGAS N°2023-082R

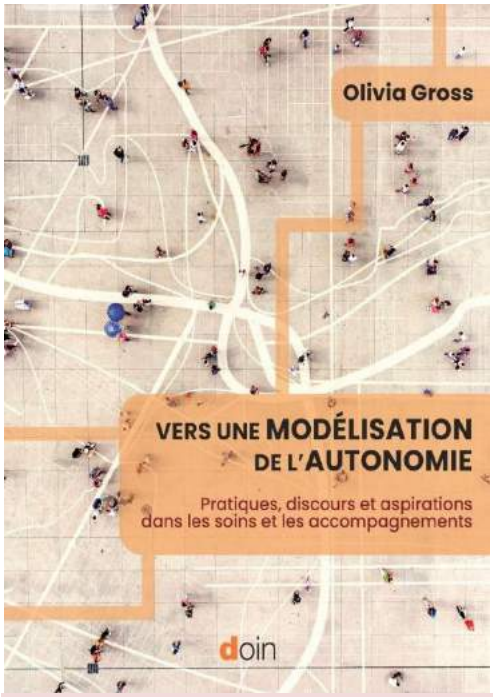
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Mettre en place une instance de gouvernance nationale large chargée du pilotage d'une feuille de route pluriannuelle sur la qualité dans le système de santé, dotée d'un bureau resserré et d'une équipe pluridisciplinaire d'animation, et engager une concertation avec les directeurs généraux d'ARS en vue d'élargir l'objet des instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) à l'ensemble des problématiques de qualité des soins tout en renforçant leur visibilité et leur efficacité.	1	Cabinet du ministre	mi 2024
2	Systématiser le recueil automatique des indicateurs à partir des données disponibles dans les systèmes d'information, quitte à simplifier ces indicateurs, afin de rendre possible leur calcul à l'échelle des services.	1	Equipe projet	2025
3	Permettre une montée en puissance du suivi d'indicateurs de qualité, notamment de résultats, grâce à un financement dédié.	1	Equipe projet	2025
4	Impulser une montée en puissance des exercices de comparaison des résultats entre pairs sur l'ensemble des dimensions de la qualité (pertinence, sécurité, accessibilité, etc.) dans le cadre des gouvernances nationale et régionale proposées.	1	DGOS et SGMAS	2025
5	Mettre en place un groupe de travail chargé de définir un plan d'action pour renforcer la représentativité d'e-Satis.	1	HAS avec DGOS, ATIH et Drees	2024
6	Inscrire dans la stratégie du numérique en santé l'intégration du recueil de l'avis des patients dans les systèmes d'information.	1	DNS	2024
7	Publier les programmes d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, et étendre progressivement l'obligation de publication des indicateurs de résultats après une période d'appropriation par les professionnels.	2	DGOS	2025
8	Rendre obligatoire la réalisation d'un baromètre sur la qualité de vie respectant un cadre défini au niveau national reprenant les travaux antérieurs ayant porté sur un questionnaire validé par une équipe mandatée par la HAS et la DGOS.	1	DGOS et instance de gouvernance	2025
9	Proposer un cadre d'évaluation « en miroir » à partir d'une sélection d'indicateurs en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social afin d'éclairer les problématiques d'articulation des prises en charge qui seraient suivies de manière coordonnée.	2	Instance de gouvernance	2024

RAPPORT IGAS N°2023-082R

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
10	Utiliser le nouveau dispositif des parcours coordonnés renforcés et la montée en puissance des communautés professionnelles territoriales de santé pour inciter financièrement à la mesure des indicateurs de résultats sur les parcours ville/hôpital sur une base territoriale.	2	Instance de gouvernance et équipe nationale de pilotage des exp. Art 51	2025
11	Publier l'arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements en application de l'article L. 162-23-15 au plus tard au début de l'année N-1, de préférence avec un échéancier pluriannuel, en le recentrant par ailleurs sur les indicateurs mobilisés pour le calcul de l'Ifaq.	1	DGOS	2025
12	Supprimer le Caqes dans sa forme actuelle et intégrer la logique qu'il porte au sein d'un dispositif unifié de financement à la qualité des établissements de santé.	2	DSS et DGOS	2025
13	Transformer le modèle actuel de l'Ifaq en rendant les règles de calcul lisibles pour les acteurs avec une enveloppe budgétaire par indicateur.	1	DGOS	2025
14	Modifier le portefeuille des indicateurs transversaux en distinguant des indicateurs permanents et des indicateurs inclus dans le modèle pour une durée limitée (trois ou quatre ans) avec une possibilité de modulation régionale.	1	Instance de gouvernance et DGOS	Pilote en 2025
15	Mettre en place un groupe de travail avec notamment les sociétés savantes afin de définir la maille pertinente d'analyse pour la mesure des indicateurs de résultats des soins (pathologie, spécialité, parcours, etc.).	1	Equipe projet	2024
16	Mettre en place une rémunération destinée aux unités de soins qui s'engagent dans une démarche d'autoévaluation de leurs résultats avec une part dépendant de l'utilisation de PROMs dans le processus de soins.	1	DGOS	Pilote en 2025
17	Mettre en place une rémunération forfaitaire des temps collectifs pluridisciplinaires qui sont d'ores et déjà normalisés et tracés (évaluations de pratiques professionnelles, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.), financée par un prélèvement sur la dotation de financement à l'activité.	1	DGOS en lien avec l'instance de gouvernance	Pilote en 2025
18	Mobiliser dès le printemps 2024 une équipe projet sous l'égide de la DGOS pour lancer les travaux techniques et prévoir le cadre d'évaluation *in itinere* de la réforme du modèle de financement.	1	Cabinet du ministre et DGOS	2024

A DECOUVRIR : " VERS UNE MODELISATION DE L'AUTONOMIE "



"Je suis heureuse de vous annoncer la parution de mon dernier livre qui porte sur l'autonomie.

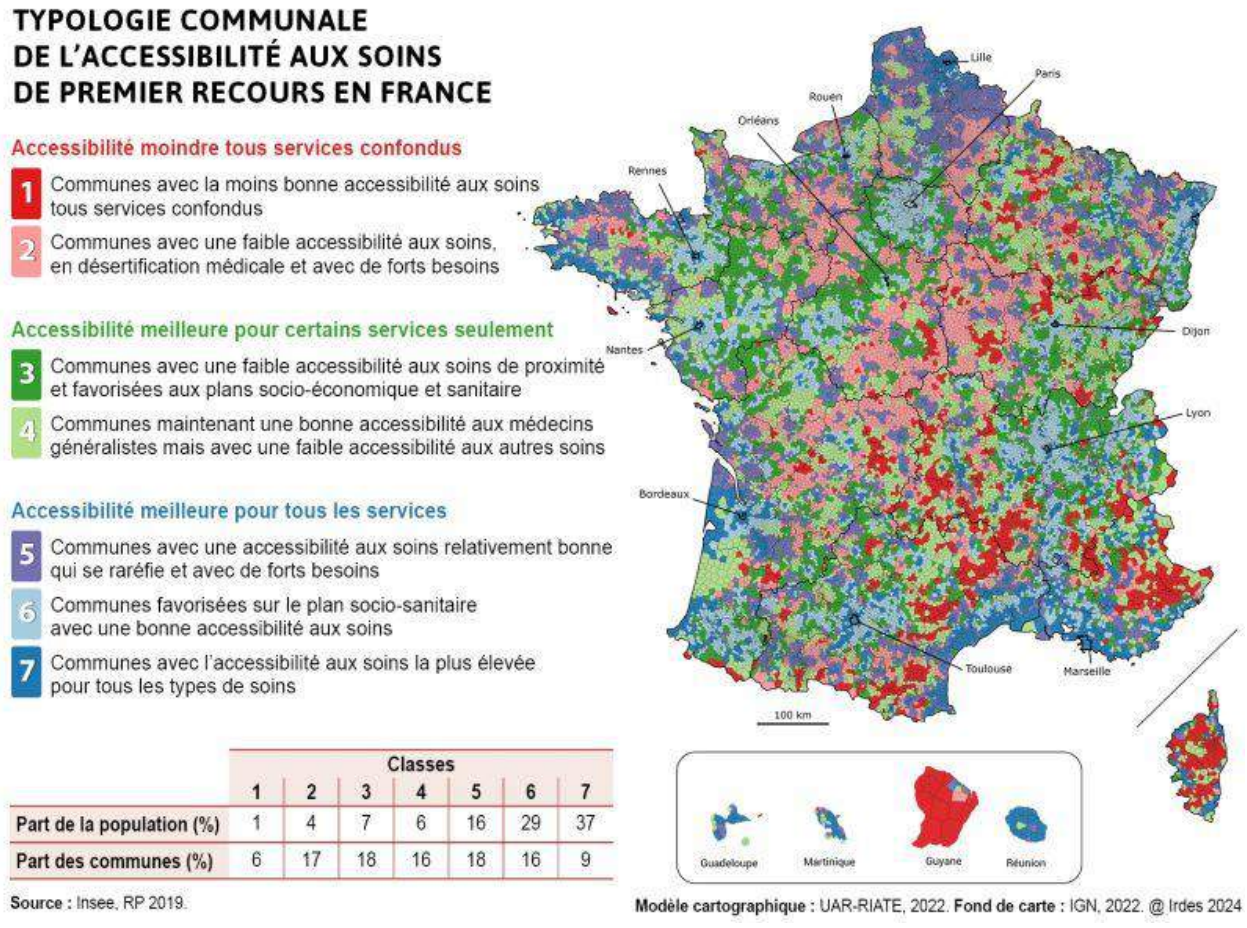
Bien que l'autonomie soit une aspiration majeure des personnes en soins ou accompagnées, elle reste une notion glissante qui résiste aux tentatives de conceptualisations. J'ai tenté néanmoins de l'éclairer et merci Peggy Lemaire Alix Thimiakis et aux éditions DOIN pour m'avoir accompagnée dans ce challenge qui m'a conduit à explorer les pratiques professionnelles dans les secteurs sanitaire, médico-social et social, en particulier à l'aune des aspirations des personnes concernées.

Beaucoup de questions m'ont guidée : de quoi l'autonomie est l'antonyme : de la vulnérabilité ou de la dépendance ? Est-ce qu'il faut respecter une autonomie qui se manifeste par de la résignation à des situations qu'on pourrait estimer de l'extérieur comme insupportables ? À quelles conditions la prévention n'est pas une forme du biopouvoir ? Est-ce que les nouvelles technologies servent la libération ou l'(auto)surveillance des personnes ? Par quel processus s'autoréaliser ? Comment concilier les éthiques du Care et celles de l'autonomie ? À quelles conditions les dépendances relationnelles ne sont pas toxiques ? …..

J'ai hâte d'échanger avec ceux d'entre vous qui seraient intéressés par ces questions et par le sujet de l'autonomie, en particulier avec mes collègues du Programme prioritaire de recherche (PPR) Autonomie"

L'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) publie une typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours en France.

Elle étudie l'accessibilité aux soins de premier recours en considérant la présence d'un ensemble de professionnels de santé aux côtés du médecin généraliste. Cette typologie à l'échelle de la commune décrit ainsi l'accessibilité aux soins de premier recours en tenant compte du médecin généraliste, de ses partenaires du quotidien (infirmières, kinésithérapeutes, pharmacies), de ceux servant d'appui au diagnostic (laboratoires et radiologues) et des services d'urgence. Elle s'appuie sur un classement des communes selon leur niveau d'accessibilité, son évolution récente et les besoins potentiels de soins. Les données sont téléchargeables et disponibles ici : https://lnkd.in/gvEPGRrC



	Classes						
	1	2	3	4	5	6	7
Part de la population (%)	1	4	7	6	16	29	37
Part des communes (%)	6	17	18	16	18	16	9

Source : Insee, RP 2019.

Modèle cartographique : UAR-RIATE, 2022. Fond de carte : IGN, 2022. @ Irdes 2024

LES ETABLISSEMENTS DE SANTE [DRESS]
La DREES publie son ouvrage annuel sur les établissements de #santé.

Cette nouvelle édition détaille, pour l'année 2022, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, les personnels hospitaliers et leur rémunération, avec des éclairages portant par exemple sur les maternités, les soins critiques ou les établissements des DROM. Il analyse par ailleurs la situation économique et financière des hôpitaux publics et des cliniques privées. 12,9 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois en 2022. Au 31 décembre de cette même année, la capacité d'accueil en France est de 374 300 lits d'hospitalisation complète) et de 85 000 places d'hospitalisation partielle (sans nuitée), répartis dans 2 976 hôpitaux et cliniques.

La baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accentue

Depuis une vingtaine d'années, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation complète (lits en mesure d'accueillir des malades) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée). Des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux ont rendu possible ce « virage ambulatoire ».

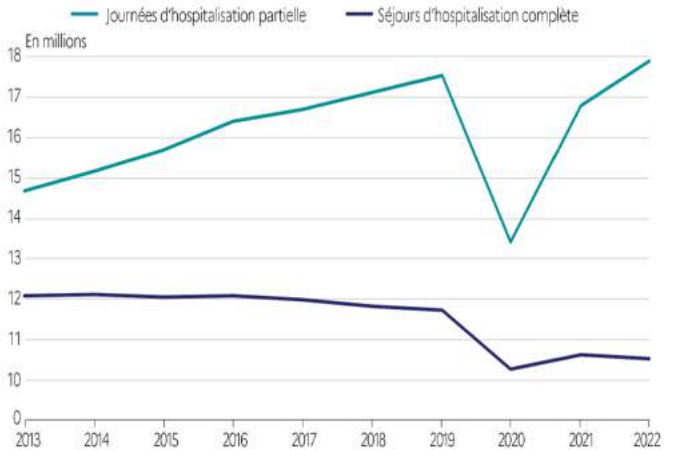
En 2022, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accentue (-6 700 lits sur un an, soit -1,8 % en 2022, après -1,4 % en 2021) et reste plus rapide qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % par an en moyenne de 2013 à 2019). En revanche, le nombre de places continue de progresser (+2 600 places, soit +3,1 %), à un rythme plus soutenu qu'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+2,5 % par an de 2013 à 2019).

L'activité d'hospitalisation partielle progresse et celle d'hospitalisation complète diminue

Il y a notamment eu en 2022 :
- 10,5 millions de séjours d'hospitalisation complète, c'est-à-dire avec nuitée (chiffre hors long séjour), de durées variables : de 5,6 jours en moyenne en court séjour, à 30,8 jours en psychiatrie et 33,8 jours en moyen séjour. ;
- 17,9 millions de journées d'hospitalisation partielle ;
- 21,6 millions de passages aux urgences ;
- 6,8 millions de journées d'hospitalisation à domicile ;
- 7,6 millions de séances de dialyse ;
- 4,2 millions de séances de radiothérapie ;
- 3,2 millions de séances de chimiothérapie, réalisées pour la plupart en ambulatoire.

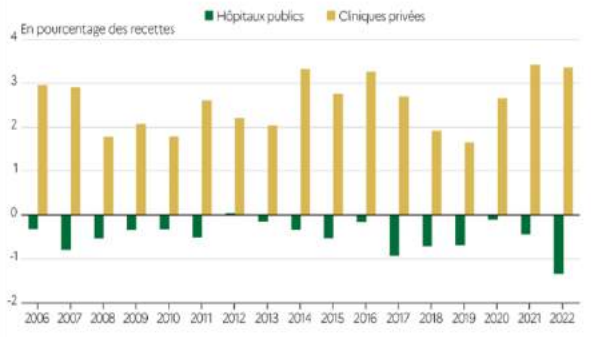
L'activité d'hospitalisation partielle (sans nuitée) progresse de 6,5 % en 2022 et dépasse de 2,0 % son niveau antérieur à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. En hospitalisation complète, le nombre de séjours diminue de 0,9 % en 2022 et demeure inférieur de 10,4 % à son niveau d'avant crise.
Cette diminution en 2022 s'observe aussi bien en court séjour (-0,9 % en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qu'en moyen et long séjour (-1,2 % en soins de suite et de réadaptation, et -2,3 % en soins de longue durée) ou qu'en psychiatrie (-1,4 %). Le nombre de passages aux urgences a pour sa part augmenté de 6,2 %, sans renouer avec son niveau de 2019.

Graphique 1 - Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées) depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Lecture > En 2022, les établissements de santé ont pris en charge 10,5 millions de séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée) en MCO, SSR et psychiatrie.
Champ > Hospitalisations en MCO, SSR et psychiatrie en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2013-2022, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

Graphique 2 - Résultat net des hôpitaux publics et des cliniques privées depuis 2006



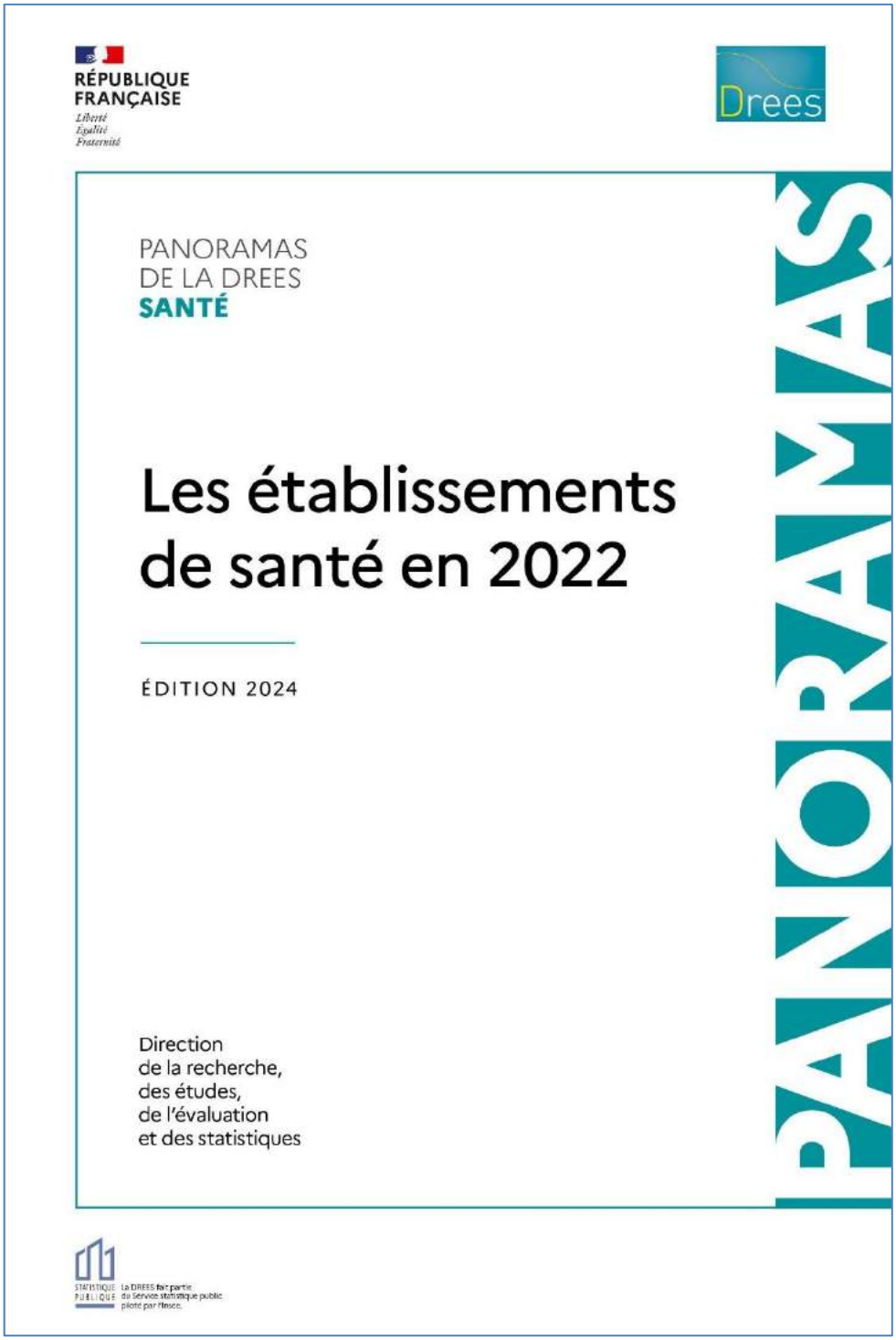
Lecture > En 2022, le déficit global des hôpitaux publics (résultat net négatif) atteint 1,3% de leurs recettes.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.
Sources > DGFiP, Greffe des tribunaux de commerce, Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), traitements DREES.

La situation financière des hôpitaux publics se dégrade fortement. Avec 114,9 milliards d'euros de dépenses en 2022, le secteur hospitalier représente près de la moitié (48,7 %) de la consommation de soins et de biens médicaux et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages. En 2022, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade fortement avec un déficit de 1,3 milliard d'euros, alors que celle des cliniques privées à but lucratif reste bénéficiaire, avec un résultat net de 627 millions d'euros.

Les effectifs salariés hospitaliers ne progressent plus en 2022 dans le secteur public. Les effectifs salariés hospitaliers ont augmenté en 2020 et 2021, après cinq ans de quasi-stabilité. Dans le secteur public, ils ne progressent plus en 2022 et s'établissent 2,3 % au-dessus du niveau d'avant la crise. Si les effectifs salariés de personnel médical du secteur public restent dynamiques (médecins, internes, sages-femmes, pharmaciens), les effectifs de personnel soignant non médical (infirmier, aide-soignant et autres personnels soignants) sont de nouveau en léger recul, en restant toutefois au-dessus de leur niveau d'avant-crise. Ce recul en 2022 fait notamment suite au départ des effectifs venus en renfort lors de la crise sanitaire, qui n'a été que partiellement compensé par des embauches pérennes.

https://swll.to/2eAQXj

UN PANORAMA TRES COMPLET !



UN SOMMAIRE RICHE DE RENSEIGNEMENTS !

Vue d'ensemble 7

Fiches thématiques 21

Données de cadrage 23
Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé 24
Fiche 02 • Les capacités d'accueil dans les établissements de santé 28
Fiche 03 • L'activité en hospitalisation complète et partielle 34
Fiche 04 • Les autres prises en charge hospitalières 41
Fiche 05 • Les postes de personnel médical 46
Fiche 06 • Les postes de personnel non médical salarié 53
Fiche 07 • Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier 57
Fiche 08 • Les salaires dans les établissements de santé 63
Fiche 09 • Les établissements de santé dans les DROM 69

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie 75
Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités 76
Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle 82
Fiche 12 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours 86
Fiche 13 • L'activité et les capacités d'accueil en soins critiques 90

Les « autres » disciplines hospitalières 97
Fiche 14 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé 98
Fiche 15 • Les patients suivis en psychiatrie 105
Fiche 16 • Les établissements d'hospitalisation à domicile 113
Fiche 17 • Les patients hospitalisés à domicile 119
Fiche 18 • L'offre de soins de suite et de réadaptation dans les établissements de santé 124
Fiche 19 • Les patients suivis en soins de suite et de réadaptation 130
Fiche 20 • Les parcours de soins hospitaliers 137

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière 143
Fiche 21 • La naissance : les maternités 144
Fiche 22 • La naissance : caractéristiques des accouchements 148
Fiche 23 • La médecine d'urgence 152
Fiche 24 • Les interruptions volontaires de grossesse 157

La situation économique du secteur 163
Fiche 25 • Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux 164
Fiche 26 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins 170
Fiche 27 • La situation économique et financière des hôpitaux publics 176
Fiche 28 • La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif 188

Annexes 199
Annexe 1 • Glossaire économique et financier 200
Annexe 2 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé 204
Annexe 3 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé 222
Annexe 4 • Liste des sigles et acronymes 231

LA COMPLEMENTAIRE SANTE [DRESS]

Dans sa collection Panoramas, la DREES publie un ouvrage sur la #complémentaire #santé.

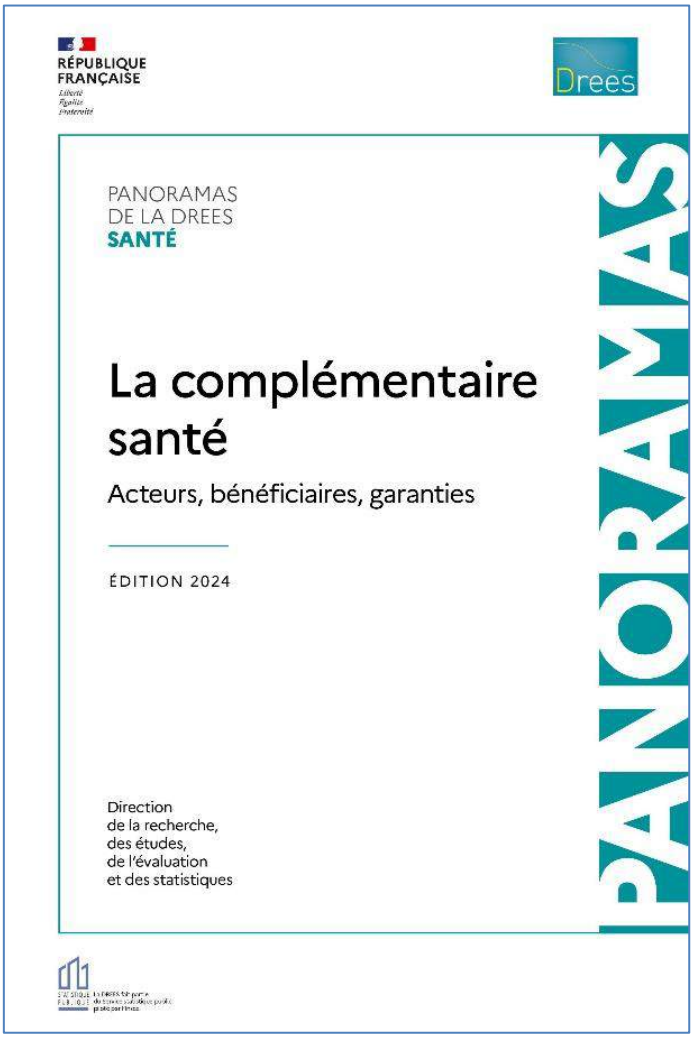
Il décrit de manière détaillée :

la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie complémentaire

ses acteurs privés (mutuelles, entreprises d'assurance, institutions de prévoyance) et dispositifs publics (Complémentaire santé solidaire),

la couverture de la population française

le poids de la santé pour les ménages.



Cette édition propose par ailleurs un focus sur les effets de la réforme du 100 % santé et de la Complémentaire santé solidaire.

A découvrir ici https://swll.to/vgKiJvx

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

Hôpital Léon Bérard

Réhabilitation spécialisée

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…)

Etablissement de soins médicaux et de réadaptation pour adultes spécialisé :
- appareil locomoteur,
- système nerveux,
- affections cardio-vasculaires
- affections des brûlés

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

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

ASSO SCOPE

VIE de l'ASSO

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 …

nécessite d’écouter et d’entendre

RETOUR SUR LA STKS 8

Le groupe de travail ACCES du CNKS S'intéresse à l'accueil de l'étudiant en stage dont l'amélioration de l'accompagnement des stagiaires dans la découverte du métier de MK salarié.

Il a pour objet de promouvoir une véritable démarche proactive de la part de l'ensemble des acteurs de la " professionnalisation clinique " des étudiants notamment par l'instauration

- **TMP : Tutorat / Mentorat / Partenariat**
- **AAA : Accueil / Accompagnement / Acculturation**

Dans ce cadre le GT ACCES du CNKS a souhaité réaliser, en partenariat avec la FNEK une enquête de cohorte sur les
" DÉTERMINANTS DU CHOIX DE MODE D'EXERCICE "

Aux termes d'un Partenariat CNKS-FNEK, établi en 2021, il a été décidé de mener cette enquête conjointe par questionnaire co-construit et dont l'objectif se résume à "évaluer l'impact du parcours de stage sur l'exercice professionnel futur". Cette étude de cohorte pérenne et itérative a été administrée en 2022, 2023, 2024.

KINESCOPE rapporte ici les **résultats bruts de la 3ème partie** [2024] menée du 26 février au 29 mars 2024 tels que présenté au cours de la STKS 8 (Soirée Thématique de la Kinésithérapie Salariée) en visio conférence le 13 juin dernier.
L'analyse thématique sur les 3 cohortes, en cours de réalisation, sera présentée aux JNKS Nantes (septembre 2024).

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS

cnks
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

KINESCOPE rapporte quelques données générales de cette 3ème partie (2024)

- 452 étudiants répondants dt 71% femmes
- en majorité des 20-23 ans : 56%
- du Cycle 2 : 63 % (> M1)
- avec 3 régions Ile de France / Normandie / PACA pour %
- IFMK privé but non lucratif / public : 44 % vs 34,5%
- Frais de scolarité : universitaires 34 % vs >5000€ : 50%
- Cursus PACES-PASS : 50%
- Cadres permanents : 61 %

Intervenants extérieurs

Evoquent-ils leur activité clinique ? leur mode d'exercice ?

- si libéraux "souvent" pour 65%
- si salariés "parfois" pour 60% … activité salariée jugée plutôt intéressante par 69%
- influence sur projet pro ? : non à 54%

Présentation des structures d'exercice salarié ?

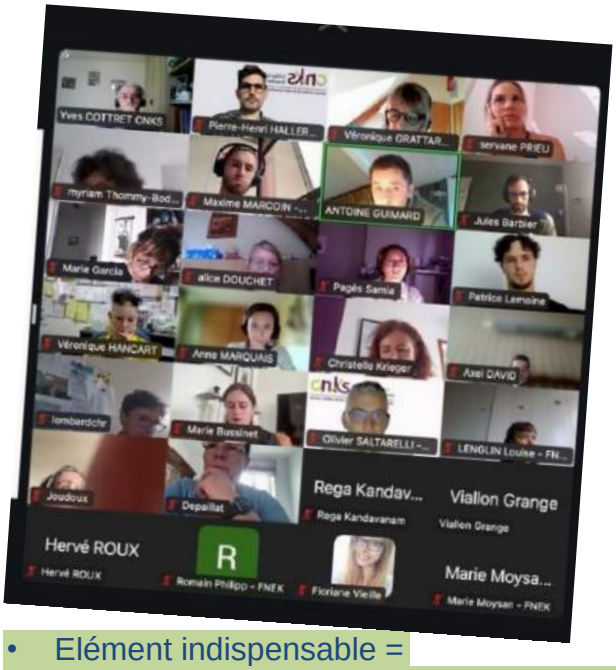
- non à 72%
- influence sur le projet professionnel : non à 54%

Connaissance des dispositifs de financement :

- apprentissage par 50%
- dispositifs intéressants ? oui à 86 %
- sans influence sur projet pro : 79%
- n'en disposent pas : 79%

Choix du stage :

- pour une majorité 36,5% dont 48% choisissent le secteur libéral
- si stage imposé : 72% en salariat
- critère de choix = spécificité du service : 84% vs qualité encadrement 60%



- Elément indispensable = accompagnement du tuteur : 98%
- Influence sur projet pro : 75%

Cadre de rééducation :

- oui parfois 51,5% / pas de participation à l'accompagnement 51,5%
- pas d'influence sur projet pro : 80%

Post stage :

- intérêt à travailler en salariat : 76%
- changement de point de vue : 76%
- activité exclusivement clinique : plutôt pas d'accord 30,5%

Conclusion provisoire

- En regard des résultats bruts 2022 & 2023, cette cohorte ne s'inscrit pas de façon réplicative des 2 précédentes
- L'analyse (sur les résultats bruts des 3 années et les tris croisés) à présenter aux JNKS apportera des éclairages complémentaires
- Il apparait cependant d'ores et déjà que *"L'expérience de stage et la qualité de tutorat font partie des nombreux déterminants qui semblent influencer l'orientation vers l'exercice salarié"*

" 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 membres du comité d'organisation,
*à nos membres du comité éditorial, à nos intervenants et à nos partenaires **
KINESCOPES 2024 & JNKS NANTES 2024

** à retrouver dans le cahier central de ce numéro "programme JNKS"*

D'ici là bonnes vacances
et rendez-vous pour KINESCOPE 33 début septembre