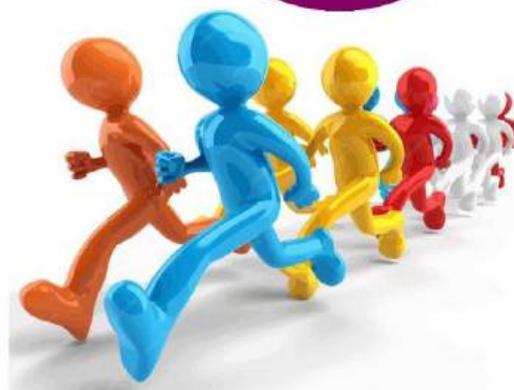


Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

n° 33

sept. 2024



KINESI THERAPIE SALARIEE THERAPEUTE SALARIE UN METIER POUR FAIRE EQUIPE & ÊTRE AUX CÔTES DE...

... l'IDENTITE
en question(s)

... l'EXERCICE
en question(s)



cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org

contact@cnks.org



SOMMAIRE

PERISCOPE l'édito du Président	Pierre Henri Haller	p.03 & 04
TEAMS HOSPITALIERS CAMPAGNE FHF		p.05 & 06
TELESCOPE / LES MAUX DES MOTS	L'Ellipse de Justin Pertinent	p. 07 à 10
RETROSCOPE « FAIRE EQUIPE »		p.11 à 61
L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & ATTRACTIVITE FIDELISATION, EFFECTIFS, QVCT		p. 12 à 61
Faire équipe et être aux côtés de ...	La rédaction	p.13 à 16
Détermination d'affectifs Attractivité fidélisation	La rédaction	p.17 à 20
Annonce ANAP : Gestion du temps de travail	ANAP	p.20
Charge de travail, effectifs et organisation	La rédaction	p.21 à 23
La Méthode « Care's time »	Interview Cécile Kanitzer CGS CH Chiron	p.24 à 26
Activité et mesure d'activité : le CSAR en (r)évolution	Jean Pascal Devailly	p.27 à 32
Etre cadres de santé -en binôme - en MCO	Stéphanie Bassu et Aurélie Matoussi CHU de Nantes 44	p.33 à 36
Attractivité et fidélisation au CH de Saint Quentin	Anne Marquais CH Saint Quentin 02	p.37 à 44
Portrait, parcours, paroles et regard MPR	Valérie Chauvineau CH Léon Bérard 83	p.45 à 51
Portrait, parcours, paroles et regard MPR	Amandine Rapin CHU Reims 51	p.52 à 55
Portrait, parcours, paroles et regards pluriels	Joséphine Roux & Co Clinique Bonneveine 13	p.56 à 61
ENCART JNKS NANTES 2024	PROGRAMME & BULLETIN D'INSCRIPTION	p.1 à 16
KALEÏDOSCOPE		p. 62 à ..
L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & GERIATRIE		p. 63 à 65
2 oreilles et une langue pour écouter davantage et parler moins	Éléonore Durand	p.64
Annonce 2 ^{ème} journée de physiothérapie gériatrique	GI Gériatrie SFP	p.65
L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & HAD R		p. 66 à 70
HAD R Mauges Bocage Choletais	Sébastien Giraud	p.68 à 70
L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & RECHERCHE		p. 71 à 77
• Portraits, parcours, Pratiques & paroles	Céline Bonnyaud	p. 73 à 75
• PHRIP	[La rédaction]	p.76
• Annonce Retraite Rédactionnelle SFP	[La rédaction]	p.77
L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE SALARIEE & I.A.		p.78 à 83
ANNONCES D'EMPLOIS		p.84 & 85
SANTE DES SOIGNANTS		p.86 à 90
ASSOSCOPE VIE du CNKS : Rentée 2024 et JNKS		p.91 à 94

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

Il faut de la sérénité
pour accepter les choses que l'on ne peut pas changer
du courage
pour changer les choses que l'on peut changer
et de la sagesse
pour distinguer l'un de l'autre

Marc Aurèle

PERI *L'Editorial* SCOPE



Pierre-Henri Haller
Président

Nos identités sont complexes.

« Destruction et création s'entremêlent, se combattent et s'entre-fécondent pour produire le devenir du cosmos, mais la vie demeure fragile, précaire, jamais confirmée dans son propre avenir ». Depuis de nombreuses années, Edgar Morin nous engage à nous intéresser à la complexité.

Il rappelle à quel point nos regards doivent être métissés. Complexité vient de complexus qui signifie « embrasser ». Edgar Morin rappelle à quel point les regards doivent embrasser les dimensions politiques, économiques, sociologiques pour rendre compte d'une réalité complexe du monde.

On ne peut pas voir un seul aspect d'un phénomène ; on se doit de regarder l'ensemble d'un phénomène par différents points de vue. Ces différents points de vue, doivent se conjuguer par la richesse de leur diversité.

En effet, si nos perceptions sont nourries par nos émotions, elles peuvent nous tromper. Ainsi des idées logiques peuvent nous emmener vers des chemins de décision erronée.

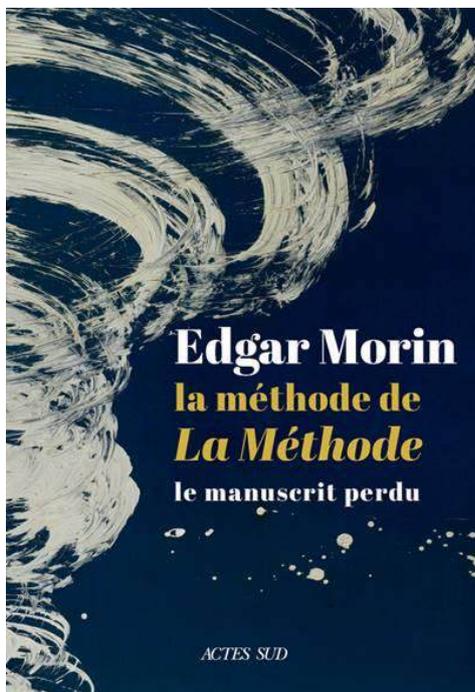
Une conception erronée, fruit d'une perception erronée, peuvent nous éloigner de la réalité et nourrir des points de vue sans nuances ou des décisions sans consensus. Les idées, les idéologies, les religions peuvent nous tromper, tromper celles et ceux qui n'aurait qu'une vision unilatérale ; Edgar Morin souhaite nous aider à éviter les erreurs et les illusions par la méthode de la Méthode. [1]

On ne peut pas simplement désigner une identité en termes d'appartenance, d'origine, de lien, ni d'activité. On ne peut pas simplement désigner une identité en termes de différence par rapport à soi-même. Mais l'on devrait pouvoir rendre compte de l'ensemble de cette identité complexe en les conjuguant dans l'altérité.

Réduire l'Autre à une action, qu'elle soit emblématique ou répréhensible, réduit la complexité de l'Autre.

Ainsi il faut voir tous les aspects de la personnalité et de l'identité de la personne.

Pierre-Henri Haller
Président



[1] Morin Edgar, La méthode de La Méthode, Le manuscrit perdu, Actes Sud, 2024.

1924

Derrière

REJUIGNEZ &

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



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 !

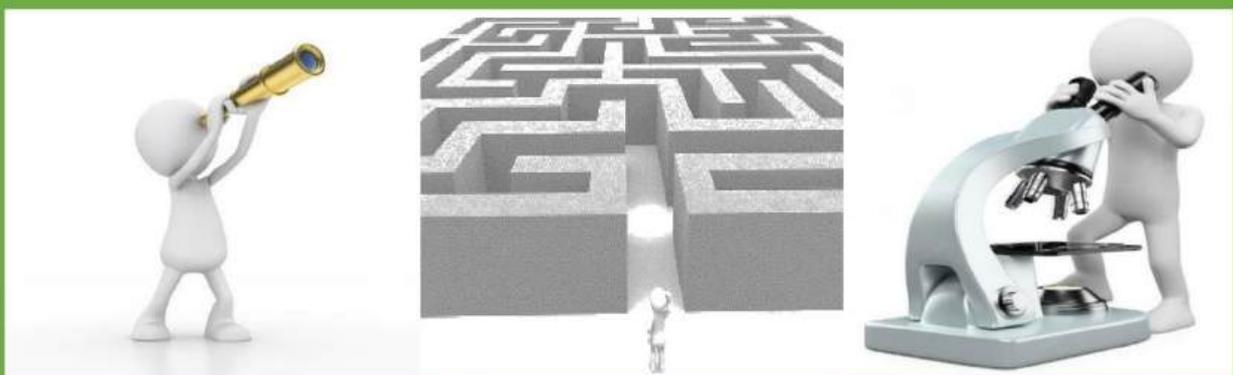
TELESCOPE

Maux des mots



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

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





L'ellipse
de Justin Pertinent



Des maux des mots ... à propos des mots

En évoquant le sujet de l'**identité** en général au travers plusieurs KINESCOPES et en projetant que le métier de kinésithérapeute salarié - au sein d'établissements de santé – c'est "*faire équipe & être aux côtés de ...*" le CNKS pose - sujet récurrent depuis des années, plus moins porté, selon les années, par d'autres organisations professionnelles – la question de l'**identité professionnelle**.

Au début de l'été dans un communiqué le CNOMK (cf ci-contre) se déclare déterminé "à modifier le nom de la profession" en arguant d'un argument qui fait appel à une réalité délétère. Possiblement "nécessaire" est-il pour autant "suffisant" ?

Le débat est relancé et diverses premières réactions donnent à penser que la suppression éventuelle de "masseur" reste au sein des professionnels, au-delà des représentants consultés, un sujet de débat.

Faut-il changer de titre professionnel ou aménager l'actuel ? Décider de bâtir, ou plutôt de "rebâtir" totalement ou partiellement par modification suppressive, une nouvelle ou une autre identité professionnelle n'est pas une action anodine.



Accueil À propos **Posts** Emplois Perso

 **Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes**
10 167 abonnés
3 j · 🌐

Le **Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes** est déterminé à modifier le nom de la profession en accord avec tous ses représentants consultés.

Majoritairement utilisé par nos patients, le terme de kinésithérapeute est plébiscité par la profession.

Cette décision intervient dans le contexte actuel dans lequel de (trop) nombreuses praticiennes sont victimes de propos à caractère sexiste et sexuel, d'insinuations ou de propositions déplacées sortant du cadre professionnel, le terme "massage" renvoyant encore trop souvent à l'imaginaire sexuel.

Retrouvez les déclarations de **Pascale Mathieu**, présidente de l'Ordre dans l'article ci-dessous 📄

 **What's up Doc** Suivre
29 855 abonnés
3 j · 🌐

Des praticiennes victimes de "blagues graveleuses", "insinuations", "propositions obscènes": regrettant "l'imaginaire ...voir plus

 **Finition, obscénité, harcèlement... Les kinés,...**
whatsupdoc-lemag.fr

Cette prise de décision doit-elle s'agir de façon **causale** (logique d'optimisation pour tel objectif je dois trouver tels moyens) *pertinente en situation de risque* ou de façon **effectuale** (logique de création : avec tels moyens je peux viser tels objectifs) *pertinente en situation d'incertitude*. Ces deux rationalités de prise de décision font partie des modes de raisonnement humain et l'une n'est pas meilleure que l'autre ; leur emploi est avant tout une question de pertinence situationnelle et de la conscience d'en avoir le choix.

Mais la question de l'identité et de l'identité professionnelle n'est pas que celle de l'individu ou du groupe qui en est bénéficiaire. "L'environnement" au sens large c'est-à-dire les cadres conceptuels, les cadres institutionnels, les cadres relationnels aux autres, contribuent fortement à forger, déformer, sublimer, ... altérer cette quête de "reconnaissance" au travers d'une identification. Parmi ceux-là, sans exhaustivité, citons la sociologie, la psychologie, la politique de santé, la définition de la réadaptation, les professionnels médicaux et paramédicaux, les patients qui chacun-e apportent une image de ce que nous sommes.

Et le rapprochement, la superposition ou la fusion, de ces visions forcément protéiformes, aboutit à un camaïeu kaléidoscopique ; autrement dit une infinité de nuances ... non figées mais variables et évolutives au fil de la demande et de l'offre de prise en soin. Il s'agit alors de ne pas se contenter d'une auto-légitimation mais de prendre en compte, au-delà de justes aspirations corporatistes, le capital "d'utilité sociale" reconnue...charge aux professionnels d'en avoir fait preuve. Changer son identité "nominative" n'est pas aussi simple que cela si les déterminants, ou caractéristiques, associés - telles les données biométriques – restent inchangés. Dans le cas de la profession de Masseur-Kinésithérapeute, titre et identité professionnelle officielle en cours créée par la loi de 1946, nul ne peut contester que depuis cette date les caractéristiques ont progressivement et profondément évolué. Le caractère progressif, incrémental, de ce changement, par petit pas considéré, à tort ou à raison, comme d'une modestie épistémique est néanmoins le reflet d'un changement profond.

Trois préalables nous paraissent incontournables

- clarifier « identité professionnelle, identité au travail, identité de métier, habitus professionnel ... » en référence à des théories et modèles éprouvés ;
- savoir si la quête d'une nouvelle identité consiste à "se distinguer ou se conformer". Se distinguer de qui, de quoi ? Se conformer à quoi, à qui ? Identisation ou identification ?
- savoir sur quelle Identité Professionnelle est réalisée cette approche : celle du « dehors » (par exemple portée par des sociologues) ou celle du « dedans » (celle des discours et idéologies professionnelles construites à cet effet) ; et subséquemment une nouvelle Identité Professionnelle comme reconnaissance à usage intra (professionnalisation lors de la formation et des stages) et/ou comme reconnaissance à usage extra (juridictions Etatiques, conquête des marchés professionnels, équipes au contact des patients).

Les différentes avancées depuis bientôt 80 ans sont toutes constitutives de cette transformation. Modifier "l'étendard ou l'étiquette" suppose d'accepter la réalité, de s'inscrire dans l'histoire sans juger le passé. " *Reconnaître l'existant pour partir d'une base solide* " est l'impératif à la fois pratique et moral énoncé par Saul Alinsky, sociologue militant des droits civiques, dès les années 40. S'opposant résolument aux utopistes, il écrit à ce sujet : " *... je pars de là où le monde est, tel qu'il est, et non tel que je le voudrais. Que nous acceptions le monde tel qu'il est n'affaiblit en rien notre désir de le transformer en ce que nous croyons qu'il devrait être* ".

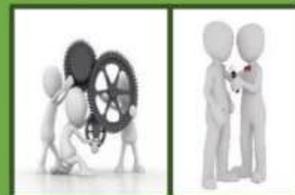
L'effet Dunning-Kruger, biais cognitif, qui traduit une erreur de raisonnement, un schéma de pensée faussement cohérent car piloté par les émotions, est en quelque sorte l'inverse du syndrome de l'imposteur. Savoir, connaître et reconnaître, dire et expliquer " *pour... quoi* " plus que " *pourquoi* " il est vraisemblablement temps de " *refonder l'identité professionnelle* " est un prérequis qui nous semble aller au-delà des dérives justement dénoncées.

Changer de nom : un élément essentiel utile, nécessaire voire indispensable pour maintenir et renforcer l'attractivité et la fidélisation de notre profession et de ses métiers ?
Changer de nom est-il suffisant pour changer les identifiants ?

***L'identité c'est notre point d'ancrage en incertitude.
Elle peut servir de base à un engagement créatif avec le monde qui nous aide à nous transformer personnellement.
Mais elle peut aussi devenir une prison.***

Philippe Silberzahn

RETOURS D'EXPERIENCES RETROSCOPE



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de rapporter

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

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



KINESITHERAPEUTE SALARIE : ATTRACTIVITE & FIDELISATION ACTIVITES, EFFECTIFS, RATIOS, CONDITIONS DE TRAVAIL & QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ...

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



Faire équipe & être aux cotés de... Mailler identité personnelle & ... identité professionnelle ...

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

Un ou des débats à poursuivre ...
à retrouver aux JNKS NANTES 2024

EQUIPE, FAIRE EQUIPE & TRAVAIL D'EQUIPE

Encore un mot et des expressions dont on peut sans grand risque d'erreur penser que les acceptions sont particulièrement diverses.

ÉQUIPE nom féminin, dont la définition courante est un " Ensemble de personnes unies dans le but d'accomplir une tâche spécifique". Utilisé pour désigner un équipage de bateau en 1456, un groupe de bateaux en 1688 et un groupe de personnes pratiquant un même sport en 1469, ces usages ont ensuite disparu avant d'être repris en 1867 (par Zola).

ÉQUIPE dont l'éthymologie « *eschiper* » (= aborder ancien normand vers 1120), puis « *esquiper* » (= prendre la mer en ancien français 1160 mais aussi pourvoir un navire).

Tout ou partie de cet première partie d'article a été extrait du [Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition](#), 1932-1935 ([équipe](#)), « équipe », dans [TLFi, Le Trésor de la langue française informatisé](#), 1971-1994 & [Robert historique de la langue française](#), 1992, 1998.

Brigade, collectif, effectif, escouade, groupe, groupement, pool, quadrille, troupe, sont quelques uns des nombreux utilisés dans des domaines variés (restauration, militaire, sportif,).

Les expressions comprenant le mot équipe foisonnent aussi :

- équiper un cheval, équiper un décor, équiper un militaire, équiper un écolier...
- esprit d'équipe, faire équipe, homme d'équipe, jouer dans une équipe, équipe junior, senior, camarade d'équipe, classement par équipe, navire équipé, pratiquer un jeu d'équipe, épreuve par équipe(s), équipe d'amateurs, équipes de professionnels ;
- former équipe avec quelqu'un, équipe technique, travail d'équipe, travail en équipe, équipe de nuit, de jour.

L'esprit d'équipe est souvent posé comme l'état d'esprit caractérisé par le désir de collaborer, de s'entraider dans un but, un travail que l'on réalise collectivement.

L'Equipe générerait-elle une "supra identité " ...collective ?

Le travail ou les travaux issu(s) d'une équipe fonde(nt)-il(s) l'intelligence collective ?

L'équipe est-elle une addition ou une multiplication des intelligences, des habiletés, voire des identités ? A moins qu'elle ne révèle la division et la soustraction ?

La solidarité sous-entendue conduit-elle à tirer vers le bas ou à pousser vers le haut ?

Si tout seul on va plus vite et à plusieurs on va plus loin en est-il de même sur la résultante du travail ou du produit de l'équipe ?

S'agit-il d'être "simplement" incrémenté dans un ensemble sans pour autant devoir interagir avec les autres membres ? (situation à transcrire comme ETRE DANS ou EN EQUIPE) ou au contraire s'agit-il d'être parmi et avec les autres membres dans la coordination des activités et la coopération des acteurs ? (situation à transcrire comme FAIRE EQUIPE) Encore faut-il aussi énoncer clairement l'attende de commandes passées à cette ou ces équipe(s) : un travail en groupe ou un travail de groupe ?

On sait combien les interactions, entre les membres, sont quasi exponentielles quand le nombre des membres augmentent.

On sait aussi que les différents modèles d'organisation et de production d'un bien, d'un service peuvent faire varier l'importance et la congruence de la coordination et de la coopération.

Le "travail **en** équipe" ou le "travail **en** groupe" ne conduit pas forcément à un produit unique mais commande simplement que la réflexion, la recherche de ressources, les méthodes soient le fruit d'échanges des membres qui après quoi réalisent autant de produits finis que de membres.

Le "travail **d'**équipe" ou le « travail **de** groupe » lui bénéficie de la même démarche d'édification mais d'un produit fini unique, réalisé "ensemble".



Dans son rapport "Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé" paru le 17 novembre 2022 l'HAS énonçait la définition qu'elle retenait de la littérature pour une équipe et le travail de groupe.

Un encadré, en page 29 de ce rapport, nous interroge ; non pas que l'acception - nommée définition - de l'équipe nous semble erronée mais du fait que dans l'énumération des déterminants de la qualité il n'est jamais fait mention de répondre à des attentes exprimées ou implicites, par les patients, pourtant bien définies depuis Donabedian et qui peuvent se résumer à :

- ne pas mourir
- ne pas être handicapé ou au minimum
- ne pas souffrir y compris sur le plan psychique par un manque d'information
- être accompagné dans les activités de vie quotidienne
- être guidé dans un continuum de soins en cas de condition de santé chronique

Une équipe est caractérisée dans la littérature par sept principaux traits :

1. deux membres au minimum ;
2. chaque membre a un rôle précis, une tâche, et le besoin de se coordonner aux autres membres pour réaliser son propre travail ;
3. des décisions doivent être prises régulièrement ;
4. le travail du groupe exige des compétences et des habiletés particulières de chacun (techniques et non techniques), qui sont supposées être maîtrisées ;
5. la progression vers le résultat impose des réunions de collaboration et d'échanges obligatoires entre membres ;
6. l'équipe fait elle-même partie d'une structure superordonnée, groupe et système, qui lui donne des directives ;
7. l'équipe et tous ses membres ont toujours un devoir d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette amélioration continue suppose un constat partagé de l'analyse des points faibles de l'équipe (notion d'évaluation continue), une volonté d'amélioration et une écoute également partagée des dysfonctionnements et événements survenant dans le travail.

Encadré n° 1 : définition d'une équipe (147)

2.2.3.1. Facteurs de gouvernance et de culture

La performance et la fiabilité des organisations humaines que sont les services de soins reposent sur une culture de la qualité, de la sécurité, du travail en équipe, mais aussi de la qualité de vie au travail et sur une éthique, le sens du service, le sens du soin, insufflés par la gouvernance et partagés par tous les membres de l'équipe. Cet ensemble constitue la culture favorable à la qualité et à la sécurité des soins.

2.2.3.1.1. Gouvernance et capacité à mener les équipes

Les thèmes abordés sur ce sujet dans la littérature comportent la gouvernance (management), la capacité à mener les équipes (leadership) (148), la culture sécurité, le travail en équipe. Dans le nouveau manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, la HAS a d'ailleurs renforcé ce domaine en introduisant plusieurs critères portant sur la gouvernance (144). L'objectif 3.3 « La gouvernance fait preuve de leadership » comprend quatre critères :

- 3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité
- 3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins
- 3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge
- 3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management

Des attentes qui, pourtant à l'évidence, requièrent de véritables dynamiques d'équipe.

Être en équipe, volontairement ou de façon subie, faire équipe, et réaliser un travail en équipe ou un travail d'équipe sont – entre autres – quelques facettes d'un kaléidoscope de la ou des dynamiques d'équipe, c'est-à-dire de l' (ou des) interaction(s) des relations sociales dans le travail. L'interaction, comme la pluriaction ou la transaction, s'inscrit et fait référence à toutes les actions plus ou moins réciproques et coordonnées impliquant deux ou plusieurs individus coopérant et aux informations qui sont plus ou moins échangées en amont, durant ou en aval (cf. *Métamodèle Communic'action Cottret Y.1992*) ; selon ces différentes dynamiques la cohésion et l'harmonie d'une équipe varient du tout au tout.

Et l'on peut se poser la question des déterminants constituant les meilleurs "attelages": ceux réunissant des *"différences à conjuguer"* ou ceux réunissant des *"ressemblances à accorder"* ? Question d'altérité et de mise en résonance ! Et au-delà des individus, formant équipe, les modalités mêmes d'action et de communication entre ces premiers sont plus ou moins génératrices d'effet(s) que personne n'aurait pu envisager seul. C'est l'effet "intelligence collective" où la somme des individus fait plus et mieux que sa simple addition ($1 + 1 =$ ou > 3 c'est-à-dire l'un, l'autre et la relation ; dans une équipe de 7 personnes on dénombre 21 possibilités d'interactions simples auxquelles on rajoute "l'équipe" et les "7 personnes" et voilà in fine 29 vecteurs possibles pour générer harmonie et cohésion d'équipe.)

DETERMINATION D'EFFECTIFS : ... EFFECTIFS AJUSTES ou EFFECTIFS AJUSTABLES ?

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, en référence à l'analyse croisée de légitimité interne et de légitimité externe à l'échelle de l'agent ou du collectif des agents, que dans le sujet de l'**attractivité** ce sont les modalités de **fidélisation** qui priment et induisent la première.

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 ou la définir tant elle est protéiforme - " la perte de sens ". Mais qu'est ce que le "sens au travail" ou le "sens du travail" ?

" Le sens du travail peut se définir à travers la perception qu'a l'individu à la fois de son travail et de son rapport à celui-ci. Le sens repose sur son vécu de l'expérience réelle du travail, sur l'interprétation qu'il en fait et de ses expériences passées. Il permet à l'individu de s'inscrire dans le passé, le présent et le futur. Il dépend des caractéristiques interindividuelles et personnologiques de l'individu. La perception est par essence toujours subjective et la question du sens éminemment personnelle. Elle concerne à ce titre tous les individus".

Caroline Arnaud Nicolas
in "Donner du sens au travail"

Des constats "consensuels", qui sont sans appels, particulièrement persistants 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 dû 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 insistons aussi sur l'effet du "ressenti de stage de formation initiale" qui peut s'avérer déterminant. Et si sur ce sujet la réingénierie a permis de belles avancées dans l'approche scientifique elle a par contre complexifié la partie compagnonnage que le CNKS propose de renforcer par l'instauration d'un réel contrat de "tutorat-mentorat- partenariat" balisant des stages au cours desquels "l'accueil, l'accompagnement et l'acculturation au monde salarial ne seraient 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".

Les bons effectifs, bien dimensionnés s'avèrent une condition nécessaire, utile voire indispensable ... et les maquettes organisationnelles - à jour - un outil précieux ; pour autant on ne peut se contenter de ratios tant que n'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 !**

" Avoir un job où l'on se sent épanoui, c'est trouver un équilibre parfait entre ses compétences, ses valeurs, son environnement de travail et le moment de sa vie.

Que vous soyez au début de votre carrière ou en pleine reconversion, l'important est de se sentir à la bonne place, entouré des bonnes personnes, et dans un cadre qui vous correspond "



ATTRACTIVITE & FIDELISATION un sujet récurrent depuis plus de 30 ans ; un sujet de préoccupation objet de nombreuses propositions de (ré)solutions formulées par les uns et les autres.

Propositions de toutes natures au rang desquelles les différents contrats d'apprentissage, le tutorat et mentorat des étudiants stagiaires et des nouveaux arrivants, les rémunérations et autres compléments, les horaires, les effectifs et ratios, la formation continue, les déroulés et plans de carrière sont régulièrement brassés.

Sans compter les "conseils-solutions" - dans la quasi-totalité de simple bon sens voire éculés - qui fleurissent à tout va dans la presse, les réseaux sociaux et les offres de formation : "gestion du temps de travail et flexibilité (en témoignage de confiance), améliorer l'environnement de travail, valoriser les rémunérations, management participatif & implications des collaborateurs dans des prises de décisions collectives," ou encore "se sentir bien dans son job" ; des pratiques qui quand bien même auraient-elles été oubliées, perdues de vue, et seraient-elles réactivées, sont trop souvent vouées à l'échec et à la désillusion tant que les causes profondes parasitantes n'auront pas été réellement identifiées et traitées.



Gestion du temps de travail : des référents dans tous les établissements !

Permanence de nuit, gestion des congés, absences inopinées, saisonnalité des activités... A l'hôpital et en établissement médico-social, le planning est souvent source d'irritants quotidiens.

Et pourtant, des outils professionnels existent pour sécuriser et fiabiliser l'organisation du temps de travail !

Après avoir déployé des outils éprouvés et organisé une série de webinaires ayant réuni plus de 9 000 participants, l'Anap passe à la vitesse supérieure avec un appui terrain collectif. Cet accompagnement, composé de deux journées intensives et d'un suivi sur

deux mois, est conçu pour déployer des "référents temps de travail" dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Et ce n'est pas tout !

L'outil "Maquette organisationnelle", téléchargé plus de 5 000 fois, a été actualisé ! Il permet désormais de décliner des organisations pour 10 métiers différents, offrant une estimation fiable des besoins en effectifs et améliorant ainsi la gestion du temps de travail.

"La gestion du temps de travail à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux, si technique soit-elle, est un enjeu de première importance. **Optimiser la gestion du temps de travail grâce à des outils professionnels contribue significativement à améliorer l'organisation des équipes, la qualité de vie et les conditions de travail des personnels. Cela permet également de réduire l'absentéisme et le turnover, tout en augmentant la motivation et l'engagement des équipes.** Notre objectif est d'assurer une diffusion massive de ces outils et de former des référents « gestion du temps de travail » dans tous les établissements de France." - Emeline Flinois, Directrice générale adjointe de l'Anap.

Candidatez à l'Appui terrain <https://lnkd.in/eWY8d2cE>

Découvrez l'outil "Maquette organisationnelle" <https://lnkd.in/eEGKXrPt>

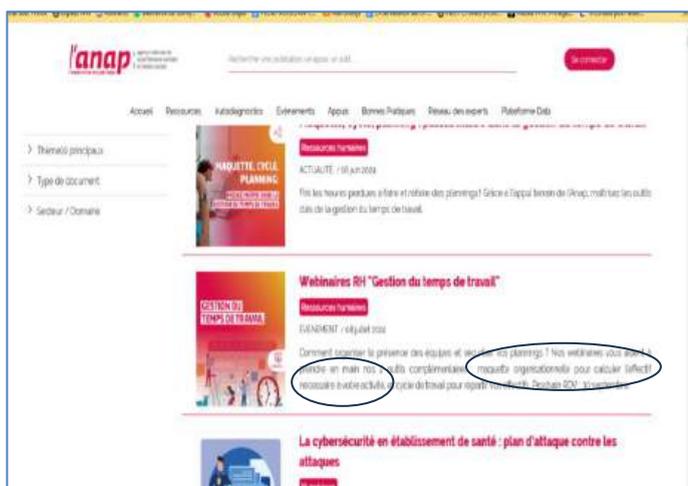
Ensemble, améliorons la gestion du temps de travail pour des équipes plus sereines et des soins de meilleure qualité.

KINESCOPE poursuit ce dossier "L'essentiel" en proposant à votre lecture dans ce numéro - et à la veille des JNKS 2024 NANTES au cours desquelles ces sujets seront abordés – des présentations commentées de méthodes, des retex d'expérimentations réussies, d'organisations favorisantes, de regards pluriels sur le métier

A propos ... d'analyse de la charge de travail, de détermination d'effectifs, de l'organisation et de la planification, des temps de travail, de temps de soins, ...

L'ANAP dans sa proposition de formation en ligne :

<https://anap.fr/s/evenement?event=webinaires-RH-Gestion-du-temps-de-travail>
affiche comme objectifs : « *Comment organiser la présence des équipes et sécuriser vos plannings ? Nos webinaires vous aident à prendre en main nos 2 outils complémentaires : maquette organisationnelle pour calculer l'effectif nécessaire à votre activité, et cycle de travail pour répartir vos effectifs. Prochain RDV : 30 septembre.* »



L'ANAP propose bien une approche méthodique d'élaboration des plannings de travail sur la base du cadre réglementaire et annonce aussi le calcul de " l'effectif nécessaire à l'activité " alors même que - pour l'analyse du CNKS - la méthode proposée ne semble pas réellement le permettre.

La méthode propose bien la programmation des temps de travail pour atteindre une cible souhaitée (nbre d'agents / métiers / tranches horaire), mais ne propose pas l'analyse de la cible requise, du "temps de soin" prévalent ou optimal.

L'intérêt de cette proposition de l'ANAP, basée sur des méthodes de gestion des maquettes éprouvées depuis les années 2000, réside :

- dans son aide à la résolution instantanée de la gestion des effectifs face aux comportements professionnels relatifs aux temps de travail (négociation des modèles horaires, choix d'exercices exclusifs de jour ou de nuit, ou de semaine, prévenance tardive des absences, négociations financières des suppléances,...) ;
- dans sa forme gratuite et distancielle qui sont des atouts non négligeables.

Pour autant rien ne confirme qu'elle contribue à la QVT et à la diminution de l'absentéisme ? L'absentéisme est multifactoriel. Ce n'est pas un planning de temps de travail « bien fait » qui garantit le présentéisme.

Cela y contribue certes, mais plusieurs études révèlent d'autres éléments individuels ou collectifs, sociaux ou économiques.

Si il est effectivement constaté que les logiciels de Gestion du Temps de Travail (GTT), quand ils sont bien paramétrés, facilitent la gestion RH des encadrants de proximité pour autant :

- la Qualité de Vie au Travail des managers ne repose pas que sur leur responsabilité à l'élaboration des maquettes de temps de travail
- et celle de leurs agents est plus liée à l'équilibre personnel/professionnel et à leur reconnaissance pécuniaire.

Et in fine ce que ne résout pas la méthode "maquettes" c'est la détermination du bon effectif, au bon endroit au bon moment... à défaut d'une analyse préalable de la charge de travail nécessaire pour les "bons soins".



La méthode PARADI(g)M(s) & CARE'S TIME, proposée par le CNIS, peut-elle venir s'implémenter, s'articuler, se potentialiser à la méthode MAQUETTE pour faire corrélérer la charge de travail et la charge en soins afin que les professionnels n'aient plus trop fréquemment le sentiment d'avoir été contraint à sacrifier l'un ou l'autre voire les deux ?

La méthode PARAgDIM(s) / Care's time, dont les finalités sont clairement distinctes, propose de déterminer préalablement à l'utilisation de maquettes, " le temps de soins".

C'est dans la perspective de trouver la bonne méthode et le ou les bon(s) outils nécessaires tant aux cadres qu'aux professionnels que le CNKS explore et compare les propositions.

Ci-après un tableau comparatif de la méthode MAQUETTES de l'ANAP & de la méthode PARA(g)DiME(s)

ANAP : Gestion du temps de travail	CSIS : Analyse des dimensionnements H
Formation pour « <i>prendre en mains</i> » deux outils ANAP : la maquette RH et la création d'un cycle	Accompagnement d'une réflexion sur les organisations de soins paramédicaux permettant la définition de dimensionnements. Le besoin en soins est intégré dans PARAgDIM(s) et est la seule raison d'un besoin de maquette RH.
Calcul d'un ETP requis (Effectif nécessaire pour réaliser la maquette, exprimé en Equivalent Temps Plein global)	Calcul de deux indicateurs : l'IND24H (CARE'S TIME) et l'ETN (le temps soignant par métier et par lit exprimé en une valeur décimale et l'effectif nécessaire pour réaliser la maquette, exprimé en Equivalent Temps Plein par lit ou place)
Approche RH	Approche médico-soignante

Le temps ! Chronos ? Tempos ? Kairos ? Leur bonne gestion peuvent se regarder, entre autres, à l'aune de :

Loi de PARETO : 20% d'énergie produisent 80 % des résultats.

Loi de PARKINSON : Fixer un délai pour chaque tâche (plus on a de temps pour l'accomplir plus cette tâche prend du temps)

Loi EISENHOWER : Distinguer l'urgent de l'important et privilégier l'important.

Loi d'ILLICH : faire des pauses régulières sinon l'efficacité décroît

Loi de LABORIT : Faire le plus difficile en premier

Loi de HOFSTADTER : Les choses prennent plus de temps que prévu ; mieux vaut prévoir l'imprévu et dès le début que le projet sera en retard

La méthode "Care's time", évoquée par Cécile Kanitzer dans divers numéros de KINESCOPE s'inscrit dans le projet PARA(g)DIM(s) qu'elle porte au sein du CNIS et évoquera aux JNKS 2024 NANTES



Ce même rapport énonce par ailleurs entre autres préconisations

- *La réussite de la mise en place de la RTT ne peut se dispenser d'une refonte approfondie des organisations de soins délibérément axée sur les besoins des patients et orientée vers les décloisonnements. (...)*

KINESCOPE 33 : comment est venue l'idée de PARA(g)DIME(s) et de CARE's TIME ?

Cécile Kanitzer : C'est un long cheminement et une pratique d'encadrement expérimentée avec "succès" ; mais commençons par ce que nous avons pensé il y a plus de 20 ans !

Le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées avait confié en juillet 2002 à Monsieur Angel PIQUEMAL, directeur du CHI de la Côte basque, la présidence de la Mission Nationale d'Évaluation (MNE) de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé.

Le rapport de la MNE, remis en octobre 2002, énonce entre autres constats :

- *La RTT s'inscrit comme une nouvelle donnée sociétale valorisant la notion de temps personnel (page 6).*
- *Si la RTT a agi dans certains cas comme un facteur supplémentaire de dysfonctionnements, elle a été le révélateur d'un ensemble de difficultés pré-existantes atténuant parfois les bénéfices escomptés de cette avancée sociale (page 7).*

- *Ainsi, un signe fort doit être communiqué sur la priorité à donner à un examen exhaustif des organisations conciliant les temps des personnels et celui des patients (page 23)*
- *Créer une cellule nationale d'accompagnement (...). Ses missions devraient couvrir les champs suivants : la formation de professionnels-ressource, l'accompagnement méthodologique sur site, l'évaluation, la capitalisation des initiatives (page 27)*

Aujourd'hui, plus de 20 ans après, le temps personnel est plus que jamais une priorité tant individuelle que finalement collective, les difficultés hospitalières proposent toujours les mêmes thématiques (dont la problématique de l'absentéisme) et la refonte des organisations évolue à périodicité et par méandres. Ce qui peine le plus encore, c'est la lenteur à concilier les temps des personnels et celui des patients.

Cette réflexion est en outre à l'origine de la création de CARE'S TIME®. Mais notre propos aujourd'hui est d'éclairer un focus entre une méthode d'organisation du temps de travail et une méthode d'organisation du temps du patient.

K33 : Tempos, Chronos et Kairos insolubles voire incompatibles dans l'organisation de l'un et de l'autre ?

CK : La formulation est un peu piquante. Pour autant, l'intention vise le positionnement concomitant des enjeux de temps de travail et de temps de soins :

- En ce qui concerne le temps de travail, l'enjeu observé est la compétence à sa gestion
- En ce qui concerne le temps de soins, l'enjeu souhaité est sa mobilisation préalable à la gestion du temps de travail

C'est dans cette dynamique que le Conseil Scientifique des Investissements en Santé (CSIS) a élaboré une méthode d'analyse des dimensionnements paramédicaux à partir d'**indicateurs quantifiés** et **qualitatifs**. Ces derniers interrogent clairement le **contenu du soin** et **son temps**.

PARAgDIM(s) s'ouvre sur l'existant (les maquettes actuelles au sein des établissements) mais interroge la dispensation des soins (les maquettes futures) en mobilisant les arguments impactant la charge en soins.

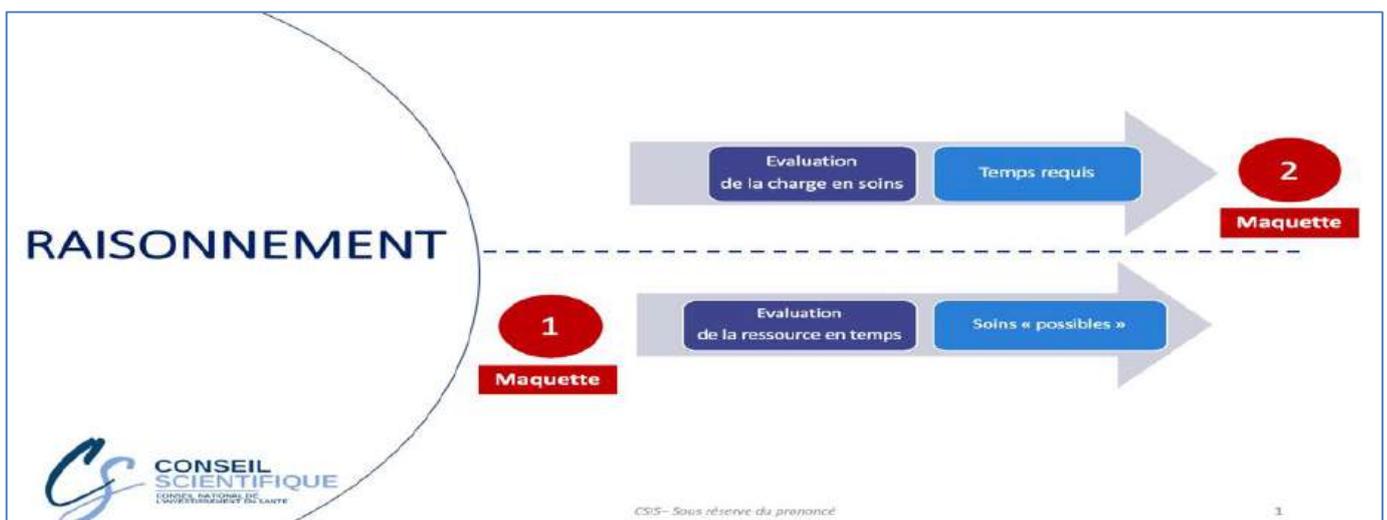
Ce sont ces arguments qui influent le présentisme et une approche tant des conditions de travail que de la QVT.

Le CSIS distingue ainsi la compétence au dimensionnement soignant de la compétence à la programmation prévisionnelle des temps de travail.

Pour la programmation des temps, de nombreuses formations existent. Le graal étant la performance de la « maquette ».

En revanche, pour l'analyse du besoin en soin et des impacts en temps des organisations soignantes, les accompagnements sont plus dispersés.

Le schéma de raisonnement de PARAgDIM: (s) est le suivant



K33 : Pourriez-vous rappeler ces différents éléments constitutifs de l'organisation du travail soignant ?

CK : les principaux consistent en

- **La maquette des temps de travail** : c'est une méthode de représentation des effectifs d'un métier donné sur une semaine considérée comme « normale ». Le terme de « maquette » désigne l'organisation des temps de travail. C'est pour cela que parfois, le temps est qualifié de « maquette organisationnelle ».

Mais cela désigne toujours le sujet du temps de travail et en aucune façon l'organisation des soins même si elle en est dépendante. La fiche DGOS d'avril 2016 était assez claire sur le sujet : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-6_optimisation_des_maquettes_organisationnelles-2.pdf

- **La méthode d'élaboration des temps de travail** fait l'objet d'une importante offre commerciale depuis 2002, année de réduction de la durée légale du travail en France. En sus, la ou les méthodes sont intégrées depuis dans les formations initiales des directeurs (DS et DRH à l'ENPS, puis l'EHEP) ou des cadres de santé (par les IFCS). La MEAH (publication de 2009), préalable à l'ANAP, a également élaboré des supports pédagogiques dans les mêmes périodes.

- **Le cycle** : il est issu du décret n°2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'Etat. « *Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail. Les horaires de travail sont définis à l'intérieur du cycle* »
- **Le roulement** : est une méthode d'organisation des horaires de travail à l'intérieur du cycle. Contrairement au cycle qui est réglementairement obligatoire, le roulement est un choix managérial et n'est pas l'unique façon d'organiser les horaires.

K33 : Comment concilier ces temps ?

CK : La finalité de nos mobilisations sur le sujet du temps, ne peut être le cycle parfait. La finalité doit être la concordance adaptée des temps des patients et professionnels.

Pour cela, s'intéresser au temps du patient, vécu ou concret, est une temporalité, une séquence, une étape pertinente et indispensable du temps à accorder à une démarche prospective.

Cela passe par des questions "simples" qu'il faut accepter de (se) poser :
Quel est mon temps ? Quel est son temps ? Quel temps avons-vous ensemble ? Que choisissons-nous de faire de ce temps partagé ? Nos temps personnels restant, sont-ils concordants de nos souhaits ou besoins ?

ACTIVITE & MESURE D'ACTIVITE : LE CSAR EN (R)EVOLUTION ?

KINESCOPE n°32 paru fin juillet vous l'annonçait en page ... une version provisoire du " nouveau catalogue des actes de réadaptation " a été produite. Le conseil d'administration du CNKS est saisi pour avis qu'il rendra lors de sa prochaine réunion en marge des JNKS.

KINESCOPE n° 33 a dans l'intervalle recueilli
l'avis du Président du SYFMER .

Le CSAR : anatomie d'une réforme radicale



Les problèmes d'aujourd'hui viennent des solutions d'hier.

Peter Senge

Le 22 juillet 2024 a été mise en ligne une version provisoire du nouveau Catalogue spécifique des actes de réadaptation (CSAR) ¹ sur le site de l'ATIH. Il s'agit d'une simplification radicale, fondée sur la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), qui conduit à une **diminution du nombre des actes de 512 à 146**. Des tests seront effectués en 2025 dans les établissements.

Toutefois le CSAR ne permet pas de revenir sur des choix ou sur l'absence de choix qui ont présidé à la création des composantes du PMSI-SSR. Les limitations liées à l'absence de définition claire du périmètre de la réadaptation en France et à l'absence de prise en compte de cette activité comme activité clinique principale dans la Comptabilité analytique hospitalière (CAH) restent à la fois la source de l'impasse d'une classification tarifaire par cas et la source potentielle de dérives des pratiques et des organisations des soins sous contrainte budgétaire croissante.

Comme ses prédécesseurs le CdARR et le CSARR, cette nomenclature d'interventions ne dit rien de la pertinence des soins.

Elle ne s'inscrit pas dans un modèle coût-qualité fondé sur des programmes de soins aux procédures et coûts homogènes.

Elle ne permet pas de fonder une classification à visée tarifaire par cas, dès lors que les caractéristiques des patients ne sont pas définies *ex ante*, avant la mise en œuvre des programmes de soins. Le catalogue des actes constitue la pierre angulaire d'une échelle de tarifs, qui malgré de courtes zones forfaitaires, se rapproche plus d'un paiement « à la journée pondérée » qu'à un paiement « au séjour ».

Nous verrons comment dans le cadre du nouveau CSAR, le périmètre de la mission « réadaptation » pourrait être mieux défini en termes de finalités et de professionnels spécifiques, tout en conservant sa fonction essentielle de mesure de consommation de ressources.

Nous avons précédemment décrit le chemin de dépendance français relatif aux autorisations et au financement des SMR qui a conduit à une impasse institutionnelle. Nous résumons ce processus dans l'encadré ci-dessous :

En 1993, le choix d'un recueil PMSI unique et l'hétérogénéité majeure des activités de SSR ont légitimé la création d'un catalogue des actes dans la perspective de capter l'intensité et la complexité de la rééducation-réadaptation. Cette création a eu lieu dans la perspective d'une tarification à la journée pondérée par l'activité.

En 1996, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) reproduit en SSR le choix du modèle comptable de l'aigu où la réadaptation est considérée dans des sections d'analyse médico-technique (SAMT). La réadaptation se réduit à une activité médico-technique transversale : il n'existe pas de structures dont l'activité clinique principale serait la réadaptation, contrairement à l'étranger.

En 2008, les pouvoirs publics décrivent une spécialisation des SSR conçue selon les catégories cliniques médicales de l'aigu et envisagent une tarification par cas traité uniforme pour tous les SSR, fondée sur des groupes médico-économiques.

Faute d'adaptation du PMSI et de la CAH aux principes d'un paiement par cas traité, il est impossible de financer la réadaptation selon les principes d'homogénéité des programmes de soins et des coûts, malgré la nouvelle définition de cette fonction dans l'instruction relative aux SMR du 28 septembre 2022 ².

Le CSAR : ce qui est mieux et ce qui reste à faire

Points positifs :
une simplification radicale,
un cadre conceptuel plus robuste

L'adoption de la définition internationale de la réadaptation.

Citons la présentation du CSAR provisoire :
« *le terme rééducation disparaît dans l'intitulé du catalogue, celle-ci étant englobée dans la réadaptation. La définition de la réadaptation correspond à la définition internationale, où « réadaptation » est la traduction française de l'anglais « réhabilitation ». On rappelle que la réadaptation est articulée autour de trois objectifs : **récupération fonctionnelle et psychosociale, compensation et adaptation de l'environnement, et réinsertion du patient.** Elle constitue l'axe principal du projet thérapeutique lors d'une orientation vers les SMR.* »

Nous verrons toutefois que malgré cet effort de définition, conforme à l'instruction relative aux SMR du 28 septembre 2022, le périmètre du CSAR reste à définir plus précisément.

La simplification radicale : 146 actes sont répartis en 11 chapitres définis par des fonctions génériques issues de la CIF. Le chapitre 10 concerne l'éducation thérapeutique et le chapitre 11 les participations.

L'ATIH fournit un tableau de transcodage qui facilite le passage du CSARR au CSAR.

La référence à la CIF pour décrire les objectifs de réadaptation. Deux axes pertinents sont retenus pour structurer les libellés des actes de ces chapitres (sauf exceptions) : la fonction telle que décrite dans la CIF et l'objectif de l'acte (évaluation ou séance de réadaptation). L'ATIH a mené des groupes de travail avec une méthodologie claire et robuste, avec la volonté de faire de la CIF l'axe principal de la simplification et de la clarification.

Exemple :

Code	Libellé	Définition	Fonction CIF
01S06	Séance de réadaptation des fonctions psychomotrices	Par fonctions psychomotrices, on entend : fonctions de contrôle des interactions entre la sensori-motricité, l'affectivité et les fonctions cognitives.	Fonctions psychomotrices, (b147), émotionnelles (b152), expérience de soi-même dans l'espace et le temps (b180)
07S07	Séance de réadaptation des fonctions de la marche	Par fonctions de la marche, on entend : fonctions relatives aux types de mouvements associés à la marche, la course ou d'autres mouvements de tout le corps.	Fonctions de la marche (b770)

La restriction des intervenants. Le guide de l'ATIH sera complété d'une **liste indicative des intervenants attendus pour chacun des actes du catalogue**, en prévision de l'application du modèle cible intégrant la notion de restriction des intervenants. Il s'agit d'une avancée fondamentale.

Enfin, face aux critiques itératives notamment des MPR et de nombreux médecins DIM de l'abandon du temps au profit des pondérations, l'ATIH a introduit de nouveaux **modulateurs de temps avec des pondérations variables** pour 32 actes.

Nous reviendrons sur la délicate question des pondérations.

Points à améliorer

Le périmètre de la réadaptation reste trop imprécis

Selon l'instruction du 28 septembre 2022, les cinq missions des SMR se déclinent ainsi : soins médicaux curatifs ou palliatifs, réadaptation, prévention, soins de transition et coordination.

Nous ne reprendrons ici que la définition de la réadaptation. La réadaptation « a pour objectif premier une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou une augmentation des activités ».

Cette définition rejoint la définition de l'OMS et la fonction HC.2 du système international des comptes de la santé (ICHA).

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ».

Trois acceptions au moins du terme réadaptation restent possibles

1. Une acception limitée à la réadaptation fonctionnelle telle que pratiquée en SMR visant l'optimisation des fonctions motrices, sensorielles et cognitives.

2. Une acception intégrant les soins aux maladies chroniques et notamment les interventions d'ETP, d'optimisation du traitement médicamenteux, de gestion des facteurs de risque, suivi des constantes... (exemple : la réadaptation cardiaque).

3. Une acception recouvrant la réhabilitation psychosociale (RPS) qui répond davantage au champ de la santé mentale. Cette définition ne recouvre pas celle des soins chroniques mais donne une définition extensive de la réadaptation dans le champ de la santé mentale. Si la RPS concerne surtout le champ de la santé mentale, elle fait partie intégrante en SMR de la prise en charge des addictions ou de l'obésité et peut avec le concept de développement des compétences psychosociales étendre l'activité de réadaptation à la globalité des actions sur les déterminants de santé.

L'éducation thérapeutique (ETP) ne devrait pas faire l'objet d'un chapitre séparé puisque qu'elle est transversale à l'ensemble des missions SMR notamment prévention, soins curatifs et réadaptation. Les actes d'ETP doivent être rattachés à un objectif de la CIF faute de quoi le CSAR perdrait en spécificité et en pouvoir de discrimination.

L'activité physique adaptée est implantée dans les établissements de réadaptation et apporte des compléments d'importance majeure.

Toutefois les frontières de l'APA sont poreuses concernant la nature de la valeur ajoutée. Si certaines interventions contribuent directement aux objectifs d'optimisation de la fonction, d'autres sont de nature préventive, constituent des soins de bien-être ou encore de réadaptation psychosociale visant à induire des compétences psychosociales plus vertueuses.

Ces questions de périmètre sont au cœur **des débats pour la définition de la télé-réadaptation** à l'heure de l'éclosion de multiples modèles d'affaires en e-santé³ qui plaident notamment pour le financement de journées d'e-HDJ de SMR marquées par un assemblage d'interventions mêlant les différentes acceptions citées plus haut.

Un nombre de codeurs trop exubérant pour discriminer les interventions de réadaptation

Le nombre d'intervenants codeurs (32) du CSARR puis du CSAR n'a pas été reconsidéré au regard de la nouvelle définition de la réadaptation. Nous avons décrit comment l'absence de définition claire lors de la création du PMSI avait conduit à inclure des interventions et des professionnels, qui certes ont une valeur ajoutée mais ne peuvent être considérés comme spécifiques et marqueurs d'une réadaptation complexe et intensive au sens de l'instruction du 28/09/2022.

De nombreuses interventions et professions ne seraient pas considérées comme appartenant à la réadaptation selon les critères de l'ICHA. Elles noient la spécificité des programmes de réadaptation intensifs et complexes dans une diversité contraire à la construction d'une classification pertinente.

Les comparaisons internationales incitent à ne conserver que 5 à 8 professions codeuses à partir desquelles des ratios soignant par patient pourraient utilement sécuriser la qualité des processus clés de réadaptation.

Les pondérations : incitation à la baisse tendancielle de la qualité des soins

La meilleure unité d'œuvre pour mesurer la consommation de ressources en réadaptation est le temps. C'est le temps qui est utilisé dans l'Echelle nationale des coûts. Sous la pression de certaines parties prenantes participant au processus de décision et face au caractère chronophage et complexe de la saisie CSARR, le temps a été remplacé par les pondérations qui reflétaient les moyennes de temps de réadaptation des actes du catalogue sans toutefois distinguer les temps moyens selon les différentes autorisations, les profils de patients, les enfants et les adultes.

Le système des pondérations a considérablement affaibli le CSARR dans sa capacité à constituer un élément robuste de classification.

Les actes réalisés par des professionnels fréquemment présents en SSR polyvalents se voient affecter des pondérations plus basses au détriment des actes réalisés en SSR spécialisés par des professionnels absents ou rares en SSR polyvalent.

Les pratiques d'optimisation du codage sont multiples puisqu'un acte généreusement pondéré peut avoir une durée très inférieure à celle suggérée par sa pondération officielle.

La méthode de pondération des actes non dédiés ou collectifs témoigne de la déconnexion radicale entre les pondérations et la mesure de consommation des ressources requises par une classification à la journée pondérée.

Un acte non dédié pourra apporter à chaque patient, et pour un intervalle de temps où plusieurs patients, ont été pris en charge simultanément la pondération entière de l'acte comme si le patient avait été traité isolément.

Pour les actes collectifs la pondération est également applicable à chaque patient quel que soit leur nombre (jusqu'à 25 patients).

Outre la déconnexion de l'analyse des ressources il faut signaler ici un certain angélisme à la française qui ne considère jamais les effets microéconomiques des décisions réglementaires. Tout se passe comme si l'on n'envisageait pas un instant que les acteurs rationnels comprennent les impacts possibles du codage sur leurs revenus, et s'engouffrent immédiatement dans les brèches de l'optimisation. Ainsi l'ATIH qui considérait antérieurement et en toute logique le temps-intervenant a décidé de privilégier le temps-patient, quel que soit le nombre de patients traités simultanément.

Dans certains établissements on peut observer que plus d'un tiers des actes codés sont des actes collectifs. Cette dérive était parfaitement prévisible.

Ce choix accroît la déconnexion de l'échelle nationale des coûts (ENC) en privilégiant le temps-patient au temps-intervenant. Si nul ne conteste l'intérêt réel d'actes non dédiés ou collectifs, cette décision ouvre la porte à toutes les pratiques d'optimisation en situation de ressource humaines et financières rares.

La suppression de la notion d'acte individuel dédié et non dédié aggrave encore ce risque de dérive. Il revient au professionnel de juger de la possibilité de prendre en charge simultanément plusieurs patients. Nul doute que ce jugement se fera en environnement contraint.

Les actes collectifs, comme les actes dédiés doivent être pondérés dans une logique de ressources : il convient de diviser la pondération, reflet très imparfait du temps par le nombre de patients, comme cela est pratiqué pour l'ENC.

Si la pression des modèles économiques incite à l'optimisation néfaste d'un codage par la multiplicité des codeurs et un usage immodéré des actes collectifs, les pondérations témoignent d'un cercle vicieux qui, face à la complexité du CSARR, a pensé le simplifier alors qu'il en détruisait dramatiquement la qualité d'unité d'œuvre. Un acte peut être individuel, dédié ou non, ou collectif. Lorsqu'en situation d'effectif réduit un rééducateur traite sur un même laps de temps plusieurs patients à chacun desquels il peut n'accorder que 10 mn, il codera pour chaque patient un acte individuel dont la pondération reflète les moyennes de temps observées dans un échantillon d'établissements.

Comment dès lors s'assurer que, conformément à l'instruction complémentaire du 28 septembre 2022, les patients en SMR système nerveux ou locomoteur bénéficieront bien de deux heures de réadaptation par jour avec un périmètre de codeurs aussi exubérant et des pondérations si volatiles ?

La mesure du temps est la seule pondération possible.

Perspectives

La simplification du CSARR en CSAR apporte une bouffée d'oxygène aux établissements. La précision des périmètres de la réadaptation des métiers marqueurs et la capacité à mesurer la consommation de ressources devront être optimisées.

Si la place du CSAR est déterminante dans la classification actuelle, nous sommes loin des conditions permettant la construction de groupes homogènes en termes de programmes de soins et de coûts, ce qui garantirait le respect de la pertinence clinique et de la pertinence pour les payeurs, le juste soin au juste coût⁴.

Il faut affirmer notre soutien à cette réforme guidée par une méthodologie robuste tout en étant conscient que les visions professionnelles induisent des modèles de valeur différents et qu'il faut associer ces logiques professionnelles par les CNP dans les processus de décision relatif à la valorisation des activités.

Les catégories comptables ne sont jamais rationnelles ; elles sont construites. Si l'on veut échapper aux souricières cognitives qui structurent l'histoire chaotique des SMR et de la réadaptation, la fabrique des concepts de santé sera plus intelligente en assemblant avec agilité les parties prenantes à la qualité des soins dispensés.

Jean Pascal Devailly

1. Catalogue Spécifique des Actes de Réadaptation CSAR. Version provisoire. Site de l'ATIH
2. Instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation
3. La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives. Juillet 2023. Note de la chaire santé de Sciences PO.
4. Devailly JP. Des SSR aux SMR : vers la valorisation du juste soin au juste Coût ? Gestions Hospitalières. 630, novembre 2023 ; 568-573

REtEx



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



Aurélie Matoussi
CDS,
ergothérapeute (*)

Stéphanie Bassu
CDS,
kinésithérapeute (**)

Être Cadre(s) de santé - en binôme - en MCO au CHU de Nantes

K 33: Merci de nous présenter tout d'abord vos parcours et périmètres

Stéphanie Bassu (SB)

Je suis masseur kinésithérapeute de formation initiale, j'ai intégré le Chu de Nantes en 2003 où j'ai exercé principalement en court séjour et notamment en Réanimation médicale. Je suis cadre de santé diplômée depuis 2018.

J'exerce sur 2 sites éloignés de 10 kms : l'Hôpital Nord Laennec (HGRL) situé à Saint Herblain et sur l'Hôtel Dieu (HD) dans le centre de Nantes ; ces 2 structures MCO accueillent des patients en court séjour.

J'encadre 44 professionnels issus de plusieurs filières de rééducation sur ces 2 sites : 2 ergothérapeutes, 2 enseignants en activités physiques adaptés (EAPA) sur HGRL, 24 masseurs kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 11 orthoptistes sur HD, 2 pédicures podologues, et 1 psychomotricienne

Même si le focus est porté dans l'article sur les MK, c'est une richesse pour moi d'encadrer en proximité plusieurs métiers qui apportent chacun leurs compétences et leurs regards pour comprendre et prendre en soins le patient.

Aurélie Matoussi (AM)

Je suis ergothérapeute de formation initiale, ayant fait mes études à l'IFE de Berck sur Mer. J'ai travaillé 2 ans au CH de Lens en HDJ psychiatrique puis par voie de mutation, je suis arrivée au CHU de Nantes en septembre 2001.

J'ai travaillé pendant 12 ans en MPR, au sein de l'unité des cérébro-lésés. Après 2 ans de faisant fonction au sein des services d'HDJ neuro, HDS et Consultations, j'ai été diplômée cadre de santé en 2016.

J'exerce mon activité sur l'Hôtel Dieu (HD) et l'Hôpital femme-enfant-adolescent (HME), dans 7 services différents où j'encadre 51 professionnels des métiers de la rééducation : 2 ergothérapeutes, 1 EAPA, 34 masseurs-kinésithérapeutes, 9 orthophonistes, 1 pédicure podologue, 4 psychomotriciens.

C'est un challenge quotidien de manager des équipes de services différents, avec des projets et attentes différents. C'est ce qui rend mon métier passionnant et diversifiant.

K 33 : de quels atouts disposent vos sites et de vos services ?

SB-AM Ce sont les projets de nos différentes filières « d'excellence » qui sont nos atouts principaux. La Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en chirurgie cardiaque, en chirurgie digestive, en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie, mais aussi la détection précoce de la fragilité ou la création de nouveaux outils d'ETP en CRCM, Neurologie, Endocrinologie, en médecine interne ou encore en rhumatologie, sont autant de sources d'attractivité et de fidélisation pour mon équipe car les professionnels sont partie prenante des projets voire en sont les moteurs.

SB Sur l'HGRL, un autre atout de l'équipe de rééducation que j'ai évoqué plus haut est l'exercice à plusieurs métiers de rééducation, chacun alimente et construit les compétences des autres grâce aux interactions. Sur nos courts séjours, les médecins et les internes de court séjour ont plus de connaissances sur les compétences des MK et l'équipe explique avec pédagogie l'avantage de la pluralité des regards, l'expertise de chaque métier et sa spécificité. Dans les services, cela permet d'acculturer les médecins aux rôles et missions de chaque métier de rééducation et favoriser une qualité de prise en soins.

AM Sur l'HD et l'HME, la multiplicité des filières, offre un champ des possibles sur les projets à mener : amélioration de la PEC des patients ostéoporotiques, drépanocytaires, grand brûlés, troubles des conduites alimentaires, ..., mais aussi des projets plus intrinsèques concernant nos pratiques professionnelles et la qualité de vie au travail.

SB-AM Nous pouvons dire que sur les 2 sites, il y a une atmosphère de travail positive, agréable et dynamique !

K 33 : quels adjectifs caractérisent vos équipes de kinésithérapeutes ?

SB-AM Créatives, innovantes, autonomes. Nous avons des profils de chercheurs et de pédagogues également. Notre directeur général, Mr El Sair dit que l'esprit Nantais est celui « du pas de côté » qui nous rend « créatif » et cela s'applique aux kinésithérapeutes et plus largement aux éducateurs.

K 33 : et ce qui caractérise votre collaboration de binôme cadre ?

SB-AM Nous sommes très complémentaires, de par notre parcours de formation initiale (mk et ergo) et de par notre parcours professionnel (MCO et MPR). Nous partageons une vision commune tout en confrontant nos points divergents sur certains sujets ce qui nous fait apprendre l'une de l'autre et avancer.

Nous partageons nos questionnements, nous soumettons à l'autre nos problématiques. Nous gagnons ainsi en compétences et nous connaissons très bien nos 2 périmètres qui comptent une centaine d'agents.

De plus, l'arrivée de notre nouvelle cadre supérieure de rééducation venant de l'APHP a élargi notre horizon professionnel, nous permettant un regard sous d'autres angles.

K 33 : quels sont pour vous les enjeux du futur pour le métier de MK hospitalier ?

SB-AM Le métier de masseur-kinésithérapeute évolue depuis plusieurs années : la formation initiale, la formation continue, la législation, les enjeux économiques de plus en plus présents, les opportunités d'activité de plus en plus importantes.

En MCO, un enjeu majeur va être de s'approprier et de développer l'accès direct à la kinésithérapie, grâce à la parution le 19/05/2023 de la loi RIST, avenant 7. Tout est à construire et à organiser.

Ces enjeux d'accessibilité aux soins, demanderont une meilleure coordination professionnelle entre la ville et l'hôpital.

L'enjeu numérique, avec le projet de l'île de Nantes, sera aussi au cœur de nos préoccupations avec l'intégration des outils numériques de plus en plus performants, la téléconsultation qui se développe et l'extension des outils connectés à la santé.

Et puis il y aura ce bel enjeu institutionnel qu'est le projet « Ile de Nantes » et la préparation de notre déménagement sur les nouveaux locaux qui accueilleront une grande partie de MCO. En effet, L'Hôtel Dieu, l'HME et une grande partie de l'Hôpital Nord vont déménager sur l'île de Nantes. Chaque site a son esprit et l'enjeu sera de favoriser la construction d'une culture commune lors de la réunion des équipes sur IDN tout en préservant une atmosphère « familiale sur HGRL ».

K33 : Comment allez-vous procéder ?

SB-AM Une veille professionnelle est réalisée régulièrement, afin de nous tenir informées sur les domaines d'expertise, l'environnement dans lequel nous évoluons, le public avec lequel nous travaillons, le cadre légal... afin d'inciter nos professionnels à se former pour acquérir des connaissances et compétences actualisées.

L'aura du nouveau centre de rééducation de l'Hôpital Saint Jacques, ainsi que la perspective du nouvel Hôpital, nous permettent, en termes de matériels, d'avoir accès à des démonstrations et possibilités d'investissements importants.

Ils permettent à nos professionnels d'être à l'affût et également de s'investir dans la recherche paramédicale.

Afin de construire l'équipe de rééducation de demain, celle de 2027 lors du déménagement sur l'île de Nantes, nous allons devoir travailler sur des thématiques communes et ce, dès à présent.

Nous avons déjà commencé à le faire en réanimation, en regroupant nos équipes dans un groupe de travail unique « KIRENA » où une émulation professionnelle et réflexive permet d'aborder différents sujets.

La Covid-19 a freiné cette émulation, mais nous avons à cœur de faire perdurer ces initiatives et de les étendre aux différents champs disciplinaires, comme la médecine, la neurologie.

Un enjeu d'attractivité mais également de maintien des compétences sont primordiaux. Nantes est une ville attractive par son rayonnement culturel et sa position géographique proche de la côte et le PRH a mis en place des outils concurrentiels pour la rémunération par exemple.

Mais pour rester concurrentiel, d'autres stratégies, à notre niveau, sont à mettre en place et à développer :

- la formation continue ;
- l'accueil, l'accompagnement et l'acculturation des nouveaux arrivants ;
- l'ouverture de la voix de l'apprentissage ;
- l'intégration des professionnels européens ;
- la réflexivité collective sur différents sujets ;
- ...

Cette réflexivité, importante, débouche sur une dynamique de projet de recherche importante sur nos secteurs :

Nous pouvons postuler à l'Appel d'offre Interne (AOI) du CHU de Nantes, où les masseurs-kinésithérapeutes ont été lauréats, durant ces 5 dernières années, avec comme thématique : « *La contrainte induite, en UNV,* » par Ambre Komonski et « *KiUrge, en UHCD et Urgences adultes* » par Marie Blandin.

Ils ont également été finalistes, à l'Appel d'offre interne, en 2023, pour 2 projets sur les 3 présentés : le projet « *Etude de faisabilité d'une pré habilitation cardio-respiratoire à domicile avec suivi par télé soin chez les patients âgés de plus de 65 ans en attente d'une chirurgie cardiaque par sternotomie* », par Charlène Gouillet et le projet « *Faisabilité de la mesure de force musculaire en réanimation par dynamométrie : une étude pilote MESUROTOP* », par Emeline Corbin.

Les masseurs-kinésithérapeutes, dans le cadre de PHRIP, ont bénéficié d'accompagnement, pour 2 études, qui ont généré des publications : *l'étude PEPKIN, effet de la pression positive expiratoire en complément d'une kinésithérapie manuelle*, par Serge Banneton et *l'étude TARCI, Rééducation d'une tendinopathie d'achille par le port de chaussures inclinées*, par Françoise Bremont.

Et les perspectives sont motivantes puisque pour 2024, nous répondons à l'appel d'offre innovation : Ambre Komonski et Serge Baneton travaillent sur ce projet, en lien avec l'utilisation d'un appareil de tomographie par impédance électrique.

(*) Aurélie Matoussi

1996-1999 : IFE Berck dur Mer
2016 : Diplôme CDS, IFCS Nantes
1999/2001 : HDJ Psychiatrique, CH de Lens
2001/2013 : Unité des cérébro-lésés, MPR, CHU de Nantes
2013/2015 : faisant fonction CDS HDJ, HDS, CS, CHU de Nantes
Depuis 2017 : MCO HD/HME, CHU de Nantes

() Stéphanie Bassu**

1999-2002 : IFMK Assas Paris
2018 : Diplôme CDS, IFCS Nantes
CHU Nantes depuis 2003
2003/2015 : Médecine Intensive de Réanimation
2015/2017 : Faisant fonction CDS
Depuis 2018 : MCO HGRL/HD



L'équipe de l'HD et l'HME



L'équipe de l'HGRL



Anne MARQUAIS

2008 DE MK

2008 à 2012 : libérale

puis salariée AP-HP (75)

2012 à 2023 : CH de Saint-Quentin (02)

salariée puis mixte, puis salariée

2024 : CH de Saint-Quentin (02)

Conseillère en prévention

des risques professionnels

avec les témoignaux de

Guillaume VACHET (GV)

& Clément WILLOCQ (CW),

MKS du CH Saint Quentin (02)

Attractivité et fidélisation du métier " MK hospitalier " au Centre Hospitalier de Saint-Quentin (Aisne)

Depuis plusieurs années, les métiers d'orthophoniste, d'ergothérapeute et de masseur-kinésithérapeute apparaissent en tension dans le secteur hospitalier au regard du taux d'établissements concernés par des difficultés fréquentes ou régulières de recrutement et du taux de postes non pourvus par rapport à l'effectif en poste. Ces tensions reflètent des difficultés majeures à attirer et à fidéliser ces professionnels.

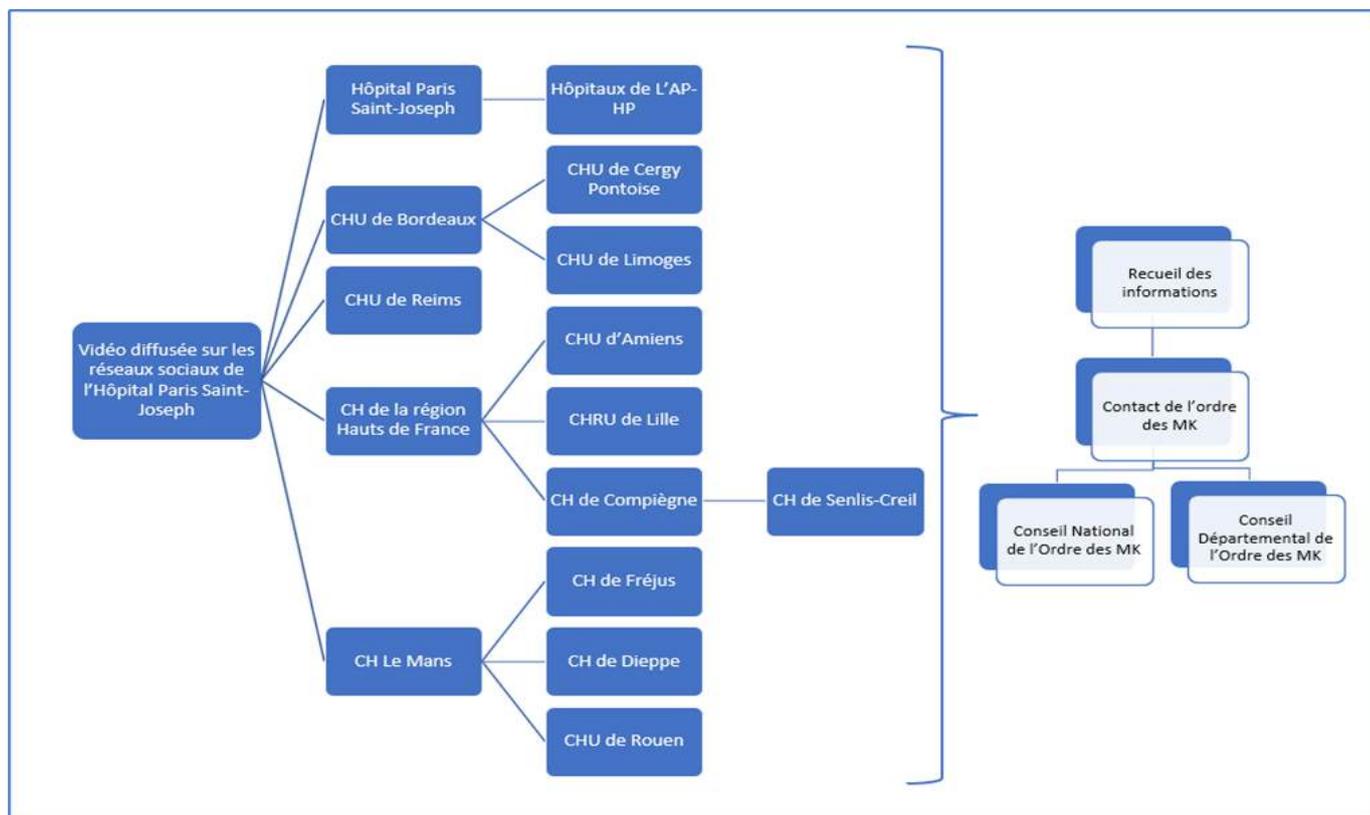
Assurer la continuité des soins de rééducation à l'Hôpital tout en garantissant leur qualité est un enjeu majeur au regard des problématiques récurrentes de sous-effectif et de turn-over.

Le Centre Hospitalier de Saint-Quentin (CHSQ) n'est pas exempt de ce constat puisque des vacances de poste de masseur-kinésithérapeute demeurent depuis plus de dix ans.

En effet, 59,3 % des postes n'étaient pas pourvus en 2010. Ils étaient 63 % au début de l'année 2020. Au cours de l'année 2020, 3 masseurs-kinésithérapeutes ont été recrutés :

- une collègue ancienne étudiante ayant souscrit un contrat de fidélisation durant sa dernière année d'étude,
- une collègue ancienne Enseignante en Activité Physique Adaptée, devenue MK via la promotion professionnelle a réintégré l'établissement,
- un collègue jeune diplômé - sur les 2 jeunes diplômés recrutés durant la crise sanitaire du Covid-19 – qui satisfait de son expérience hospitalière est resté.

« J'ai travaillé 2 ans en libéral. J'ai vécu le Covid à l'Hôpital. C'est ce qui m'a fait découvrir la pluridisciplinarité et des secteurs que je ne connaissais pas comme la réanimation. C'est pour ça que j'ai décidé de rester à l'Hôpital de Saint-Quentin. » GV.



Fin 2020, au regard du contexte hospitalier sur les plans national et local, l'établissement s'est engagé en faveur du développement de leviers d'attractivité et de fidélisation à l'égard des métiers médicaux et paramédicaux en tension.

L'équipe des masseurs-kinésithérapeutes en poste a ainsi été sollicitée pour alimenter cette réflexion et participer à la réalisation d'un benchmark visant à identifier les actions développées par les hôpitaux de France en matière d'attractivité et de fidélisation de la profession.

« J'ai eu la chance de faire partie du projet dès ses débuts. On s'est réparti les rôles par champ d'action. Je me suis occupé de l'aspect financier. » GV.

L'arborescence suivante retrace le cheminement des entretiens conduits par les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de ce benchmark auprès des acteurs de la profession (masseurs-kinésithérapeutes, cadres de santé en rééducation, cadres supérieurs de santé en rééducation et élus du Conseil de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes).

De plus, les suggestions émises par le Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation (SYFMER), et relayées dans un communiqué de presse publié par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes le 13 avril 2018, ont été corrélées aux informations recueillies lors du benchmark.

Au regard des éléments collectés, les leviers d'attractivité et de fidélisation développés par la plupart des établissements contactés s'articulent autour de deux axes prioritaires.

Le premier volet, orienté davantage sur le renforcement de l'attractivité, consiste à sensibiliser les collégiens, les lycéens et plus particulièrement les étudiants en Masso-kinésithérapie, notamment durant leurs parcours de stages, aux multiples facettes et atouts de l'exercice salarié du métier dans l'espoir de faire naître des vocations. Les facteurs d'attractivité recensés lors du benchmark sont présentés dans le schéma ci-



dessous.

Pour compléter cette réflexion, les masseurs-kinésithérapeutes du CHSQ ont souhaité questionner les étudiants de dernière année des IFMK partenaires, ainsi que les diplômés de l'année, afin d'identifier leurs facteurs d'attractivité.

L'analyse des résultats obtenus confirme ce constat. Il s'agit à 62 % de femmes. La moyenne d'âge des répondants est à 48,9 % comprise entre 21 et 23 ans, et à 44,6 % comprise entre 24 et 26 ans.

Parmi les 47,8 % des répondants ne souhaitant pas exercer en structure, 81,8 % d'entre eux évoquent l'être à cause du salaire peu attractif en salariat, de leur souhait d'être indépendant et de ne pas avoir de hiérarchie. Sur la totalité des répondants, 52,2 % sont favorables à exercer en salariat. Pour 83,3 % d'entre eux, le premier atout de l'exercice salarié est le travail en pluridisciplinarité.

« Travailler en tant que salarié à l'hôpital, ça me permet de m'épanouir dans la polyvalence des pathologies. On travaille en équipe avec plusieurs corps de métiers. C'est vraiment un plus de travailler comme ça à l'hôpital. » CW.

Puis, pour 77,1 % d'entre eux, l'entraide entre pairs, l'accès à la formation continue et les horaires de travail sont des facteurs d'attractivité.

« L'un des côtés positifs à travailler à l'hôpital, c'est d'avoir de nombreuses vacances en étant salarié ». CW.

De même, pour 66,7 % des sondés, la variété des pathologies rencontrées et le partage d'expérience entre confrères, et pour 60,4 %, l'accessibilité à un plateau technique équipé d'une balnéothérapie sont des facilitateurs de recrutement. De plus, les étudiants en dernière année de formation représentent 62 % des répondants et 56,14% d'entre eux sont intéressés par le travail en structure après l'obtention de leur diplôme.

Enfin, le témoignage suivant a été un point décisif dans la démarche réflexive des masseurs-kinésithérapeutes en poste :

« Je pense que, en dehors de la question du salaire, il peut être intéressant de venir expliquer les différents avantages du travail en centre hospitalier lorsque nous sommes à l'école. Il y a tout de même beaucoup d'avantages que nous ne soupçonnons pas car nous sommes focalisés sur le salaire ».

Par conséquent, l'équipe de rééducation du CHSQ s'est engagée dans une actualisation de ses supports de communication alliant dynamisme et modernisme.

Ainsi, le livret d'accueil du stagiaire a été revisité, un flyer et une vidéo de présentation du service de rééducation ont été créés afin d'enrichir les actions de communication réalisées lors :

- des forums des métiers,
- des rencontres des terrains de stage au sein des IFMK partenaires,
- de l'accueil des étudiants durant leur stage.

Ces supports ont été élaborés avec la volonté de mettre en lumière les différents atouts identifiés au sein du précédent questionnaire dans le but de développer des actions de communication pertinentes en matière d'attractivité. La vidéo de présentation du métier de masseur-kinésithérapeute au sein du CHSQ a également été diffusée sur les réseaux sociaux de l'établissement.

« Par le biais d'une vidéo diffusée sur les réseaux sociaux, j'ai su que le Centre Hospitalier de Saint-Quentin avait décidé de mettre en place une bourse de fidélisation. J'ai ensuite postulé par mail. » CW.

Au regard de l'intérêt porté par les étudiants pour l'exercice hospitalier, à l'issue de ce sondage, l'établissement a décidé d'élaborer un contrat de pré-recrutement en s'inspirant des informations recensées lors du benchmark. Ainsi, le CHSQ s'engage à verser à l'étudiant un salaire mensuel pendant les 10 mois de la 4^{ème} année d'études et à en prendre en charge les frais de scolarité.

L'étudiant s'engage en contrepartie à servir le CHSQ durant 3 ans à l'issue de ses études. D'après les retours recueillis lors du benchmark, les contrats de pré-recrutement, sous leurs multiples formes, sont un excellent moyen d'assurer la continuité des effectifs à moyen et long terme.

« Je suis arrivé au Centre Hospitalier de Saint-Quentin tout de suite après le diplôme par le biais d'une bourse de fidélisation. J'étais originaire de la région et ça m'a permis de financer mes études et mes frais d'inscription au sein de l'IFMK. » CW.

Aussi, depuis de nombreuses années, l'établissement a conscience que les étudiants venant en stage au sein du service de rééducation durant leurs années d'études constituent son principal bassin de recrutement.

Par conséquent, le CHSQ reconnaît l'importance de disposer d'un effectif suffisant de masseurs-kinésithérapeutes formés afin d'offrir aux étudiants une qualité de vie durant leur stage propice aux vocations. C'est pourquoi, pour être plus attractif, l'établissement a affirmé sa volonté de fidéliser ses effectifs en poste.

« J'ai découvert le Centre Hospitalier durant un stage et c'est ce qui m'a donné envie de revenir travailler ici par la suite. C'est un lieu et un fonctionnement que j'ai particulièrement apprécié tant au niveau des pathologies qu'au niveau de la pluriprofessionnalité. » CW.

Le second volet de cette démarche institutionnelle a donc pour mission de faire fructifier les atouts de l'exercice salarié afin de valoriser les compétences des masseurs-kinésithérapeutes en poste.

Au regard des éléments recensés au cours du benchmark et du sondage présentés ci-dessus,

- la majoration du salaire,
- le rythme de travail,
- les congés payés,
- le travail en équipe pluridisciplinaire,
- l'élaboration de projets de service,
- l'accès à la formation continue et aux diplômes universitaires,
- l'accès à une crèche et à un self au sein de l'établissement,
- ainsi que l'octroi de prestations sociales constituent des facteurs de fidélisation.

« L'accès à la crèche de l'hôpital, ça nous a quand même beaucoup soulagé l'esprit de savoir que l'on pourrait y inscrire notre fils. C'est pratique. » GV.

De plus, le développement d'une activité complémentaire venant en supplément de l'exercice hospitalier semble être un atout certain pour les établissements contactés afin de recruter des masseurs-kinésithérapeutes et de les fidéliser. L'illustration ci-jointe résume l'articulation de cette extension innovante d'activité professionnelle qui peut prendre diverses formes.

L'activité mixte est composée d'un exercice salarié à temps partiel cumulé à une activité libérale.



Cette seconde activité peut être réalisée dans un cabinet de ville ou au sein du plateau technique du centre hospitalier.

Un MK hospitalier **peut également demander à cumuler** une **activité accessoire** parmi celles autorisées réglementairement.

L'activité publique initiale doit rester l'activité principale. Il peut, par exemple, demander un cumul d'activité pour expertise et consultation auprès d'un organisme ou d'une entreprise privée. Il bénéficie alors d'un second contrat de travail obligatoire pour percevoir une rémunération à l'acte ou à l'heure.

Faisant suite aux éléments recensés auprès des Hôpitaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) et du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges au cours du benchmark, le Centre Hospitalier de Saint-Quentin a choisi de développer une activité complémentaire de consultations externes en Masso-kinésithérapie.

Les MKs titulaires et contractuels, exerçant à plein temps, ont la possibilité de réaliser des consultations externes sur le plateau technique de rééducation, en dehors des heures d'ouverture de celui-ci pour l'activité hospitalière. Les actes de rééducation réalisés dans le cadre des consultations externes sont facturés par l'établissement de santé qui en contrepartie rémunère les MKs en heures supplémentaires.

Les modalités de mise en place de l'activité de consultations externes sur une plage horaire dédiée d'heures supplémentaires sont propres à chaque établissement dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les heures supplémentaires effectuées peuvent être rémunérées sur la base d'un taux horaire fixe ou selon le traitement indiciaire du MK.

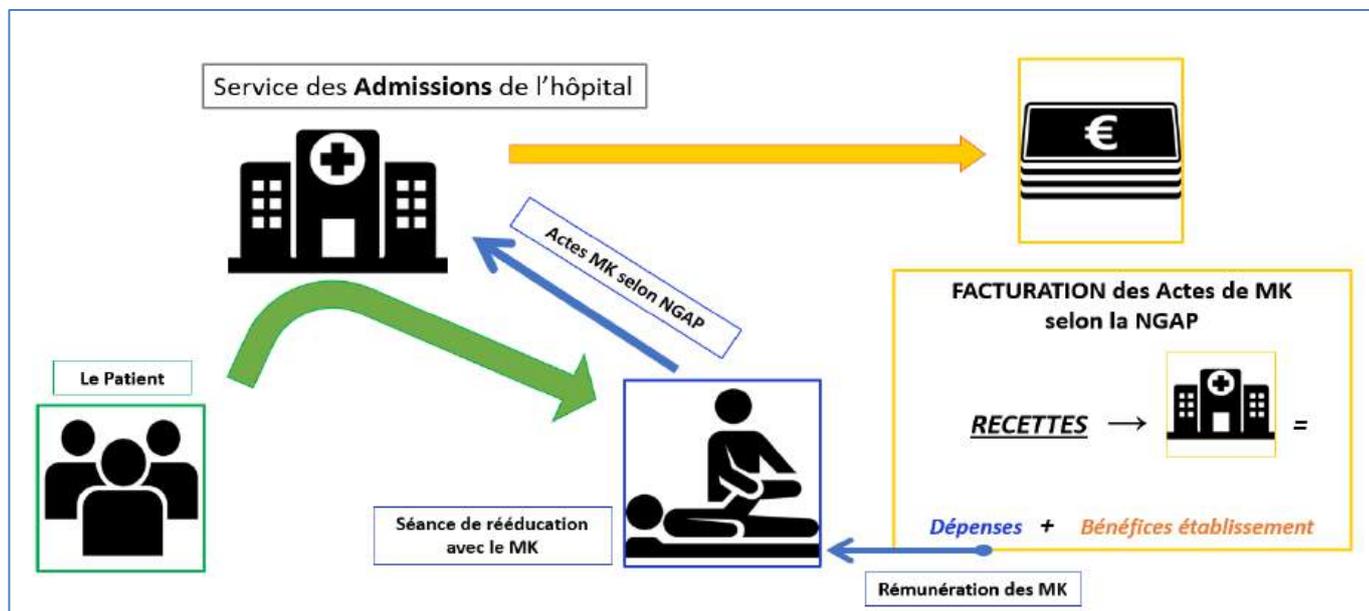
La simplicité administrative de la mise en place de cette activité complémentaire est un atout tant pour l'établissement qui n'a aucun contrat de travail à mettre en place, que pour le masseur-kinésithérapeute salarié qui n'a pas à endosser un statut libéral. Ce dernier, restant salarié, n'a qu'un seul employeur et n'a pas d'assurance supplémentaire à souscrire.

L'illustration ci-dessous schématise les modalités de fonctionnement des consultations externes en Masso-kinésithérapie telles que définies au Centre Hospitalier de Saint-Quentin.

Enfin, le Centre Hospitalier de Saint-Quentin a choisi d'élaborer une charte de fonctionnement des consultations externes afin que les masseurs-kinésithérapeutes attestent sur l'honneur de leur engagement moral, dans la création de cette nouvelle offre de santé, à respecter les règles professionnelles d'éthique et de déontologie en rapport avec les règles de bonnes pratiques entre confrères libéraux et salariés.

D'autre part, les patients s'engagent à respecter les règles d'inclusion dans ce dispositif.

Par ailleurs, au regard des éléments recensés au cours du benchmark, la mise en place d'une activité complémentaire permet au masseur-kinésithérapeute en poste de majorer son



« Concernant les consultations externes, ça fait maintenant 2,5 ans que j'en fais presque toutes les semaines lorsque je travaille. Financièrement, c'est un supplément de salaire qui n'est pas négligeable et défiscalisé en plus. Je fais environ 5 à 6 heures de consultations par semaine réparties sur 3 soirées. » GV.

salaire mensuel, de rompre la routine professionnelle et de développer ses compétences en lui permettant de suivre une patientèle différente de celle de son quotidien hospitalier. Ces critères répondent aux attentes des étudiants et des jeunes diplômés interrogés précédemment en matière d'attractivité et de fidélisation.

« J'ai pris part aux consultations externes dès mon arrivée. C'est réellement un plus d'un point de vue financier mais aussi au niveau de la variété des pathologies rencontrées. C'est comme en libéral mais sans la lourdeur administrative du libéral. On reste sur un statut salarié. » CW.

De plus, l'impact financier lors de la mise en place d'une activité complémentaire est toujours favorable pour l'établissement de santé. Le démarrage d'une telle activité ne représente aucun surcoût pour l'institution. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés connaissent déjà les locaux. Ils utilisent le matériel du quotidien et sont formés à l'outil informatique de la structure.

« J'ai dû montrer au service financier de l'établissement que malgré les dépenses induites par le paiement des heures supplémentaires des MKs, l'hôpital était quand même gagnant au bout du compte. C'est ce qui nous a permis de mettre en place ce projet plus facilement. » GV.

Enfin, pour l'établissement, l'activité complémentaire participe à maintenir la continuité d'une offre de soins en rééducation de qualité proposée aux habitants selon les problématiques de santé rencontrées sur le territoire concerné.

En fin d'année 2021, le projet d'attractivité et de fidélisation du métier de masseur-kinésithérapeute, élaboré par le groupe de travail instauré en septembre 2020, a été validé par la Direction Générale du Centre Hospitalier de Saint-Quentin et présenté aux instances.

A compter de l'année 2022, les leviers d'attractivité et de fidélisation précités, retenus par l'établissement, ont été déployés. Après 2,5 ans d'application, cette démarche institutionnelle connaît un bilan positif. De plus, le travail réalisé par les masseurs-kinésithérapeutes a permis d'amorcer une réflexion similaire pour les manipulateurs en électroradiologie médicale.

Au regard du volet de l'attractivité, deux contrats de pré-recrutement ont été créés. Ils ont permis de recruter deux jeunes diplômés, l'un en juillet 2023 et l'autre en juillet 2024.

Ainsi, au 1^{er} juillet 2024, il ne reste plus qu'un seul poste à pourvoir sur l'établissement, en sachant qu'une perspective de recrutement est programmée pour le mois de décembre 2024.

« Le travail à l'hôpital ça permet de nombreux avantages. Au niveau des amplitudes horaires, je ne termine pas tard le soir, ce qui me permet d'avoir des loisirs et de pratiquer des activités sportives sans pour autant entacher ma vie familiale. » CW.

Concernant le volet de la fidélisation, entre 2012 et 2018, les jeunes MKs recrutés exerçaient entre 12 et 18 mois au sein de l'établissement avant de poursuivre leur activité en libéral.

Au 1^{er} juillet 2024, les 3 MKs recrutés au cours de l'année 2020 sont toujours en poste dans la structure.

De plus, l'établissement a octroyé le financement d'un diplôme universitaire à deux MKs depuis 2022.

« L'hôpital m'a accordé de réaliser un diplôme universitaire sur la rééducation cardio-respiratoire intégralement financé par l'établissement. » GV.

Enfin, depuis le déploiement des consultations externes, tous les masseurs-kinésithérapeutes y participent sur la base du volontariat. Rétrospectivement, les patients suivis dans le cadre des consultations externes en Masso-kinésithérapie sont soit sortant d'hospitalisation, soit adressés par les médecins de rééducation de l'établissement, soit des agents hospitaliers. La satisfaction des patients et des masseurs-kinésithérapeutes est unanime.



« Depuis un an, je ne vois que des côtés positifs. Je le recommande. » CW.

« Je n'en vois que des avantages, aussi bien sur la variété des pathologies rencontrées que sur le suivi des patients en sortie d'hospitalisation. On a le temps d'aller au bout de la rééducation. Humainement, ce n'est pas la même prise en charge que les patients hospitalisés. C'est intéressant professionnellement. » GV.

« Bref, à l'hôpital, on s'y sent bien. » GV et CW.

DANS CE DOSSIER

à suivre
pages 45 à 61

« REGARDS PLURIELS »

sur l'activité de réadaptation

de

CADRES DE SANTE
DIRECTEURS,
DIRECTRICE DES SOINS
INFIRMIERES,
KINESITHERAPEUTES
MEDECINS MPR

D'ETABLISSEMENTS
PUBLICS & PRIVES

REtEx



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

Docteur en médecine
spécialiste en
Médecine Physique et Réadaptation

Médecin Chef de Service,
service de réhabilitation
spécialisée des brûlés et locomoteur,
Hôpital Léon Bérard, Hyères
depuis le 1^{er} juillet 2021



Pourquoi et pour quoi avoir fait médecine ?

Devenir médecin n'a pas toujours été une évidence pour moi. Je suis marquée durant mes jeunes années par l'image de mon père, celle du médecin de campagne, qui soigne du mieux qu'il peut, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, qui fait preuve d'un dévouement et d'une bienveillance immenses envers ses patients.

J'ai longtemps clamé haut et fort que je ne deviendrais pas médecin. C'est un métier difficile, exigeant...

Je décide pourtant le bac en poche, de m'inscrire à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Six ans plus tard à l'issue du concours de l'internat, je poursuis mon parcours universitaire sur Montpellier dans l'objectif d'une spécialisation en rhumatologie.

La Faculté de Médecine de Montpellier créée en 1170, est la plus ancienne Faculté de Médecine en exercice au monde. Elle est réputée pour son unité d'enseignement et de recherche en immunologie et rhumatologie cliniques.

Et le choix de spécialisation MPR ?

En arrivant à Montpellier, je ne connais pas la spécialité de médecine physique et réadaptation. MPR une spécialité ?

C'est finalement dans le Département de médecine physique et réadaptation de l'Hôpital Lapeyronie du CHU de Montpellier que j'effectue mon premier stage d'interne, faute de place en rhumatologie pour ce premier choix.

Mon parcours est marqué par plusieurs rencontres déterminantes : le Professeur Christian Hérisson et le Professeur Jacques Pélissier, responsables des Départements de Médecine Physique et Réadaptation des CHU de Montpellier-Nîmes, le Docteur Catherine Leblond, chef de clinique assistante dans ce département, le Professeur Dominic Pérennou et beaucoup d'autres.

Je découvre lors de mes stages en MPR, la notion de prise en charge pluridisciplinaire et de travail collaboratif, la notion de prise en charge globale d'un individu dans son environnement avec des objectifs thérapeutiques très larges : le soin, la réadaptation, la réinsertion.

Je découvre aussi une spécialité transversale dont les grands principes permettent de prendre en charge des patients aux profils cliniques très variés : orthopédie, traumatologie, neurologie, cardiologie, gériatrie, pédiatrie.

J'apprends le travail en équipe, le rôle de chef d'orchestre du médecin MPR pour la coordination des soins, la potentialisation des prises en charge par les différents intervenants autour du patient : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues...

Je deviens Docteur en Médecine, Spécialiste en MPR, diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier à l'issue de 11 ans d'études dont 4 ans d'internat et une année recherche. A l'issue de deux années de clinicat, je quitte finalement le CHU de Montpellier pour la région toulonnaise, laissant derrière moi certaines missions : recherche, enseignement.

Et la brûlure, un vrai choix ?

Je ne connais pas la prise en charge des brûlures, encore moins la nécessité d'une prise en charge MPR dans cette atteinte traumatique de la peau qui concerne peu de patients : 10 000 patients hospitalisés par an en France, seulement 3000 à 4000 dans les centres de traitement pour « grands brûlés » qui assurent la réanimation et la chirurgie de couverture.

La prise en charge des brûlés est une prise en charge médicochirurgicale ultra confidentielle très peu connue du milieu médical et paramédical.

C'est pourtant (encore une fois) un poste de médecin MPR dans le service de rééducation des brûlés de l'Hôpital Léon Bérard à Hyères que me propose Monsieur Bernard Malaterre, Directeur de l'établissement où je postule en arrivant dans la région.

En octobre 2005, je prends les fonctions de médecin adjoint dans le Service de Rééducation des Brûlés aux côtés du Dr Philippe Queruel, anesthésiste-réanimateur, chef de service. J'accepte ce poste, curieuse de découvrir un nouvel aspect de la MPR avec un peu d'appréhension aussi : la douleur physique, les conséquences esthétiques des brûlures, la souffrance psychologique, tout réapprendre.

Je suis accueillie à Léon Bérard, par une équipe exceptionnelle, qu'il s'agisse du personnel de l'unité de soins, des rééducateurs des plateaux techniques de rééducation (ergothérapeutes, kinésithérapeutes), et du service psychosocial. Cette équipe m'a non seulement accueillie chaleureusement mais elle m'a aussi portée, formée. Je ne remercierai jamais assez les rééducateurs présents à mes côtés lors de ma prise de fonction, qui ont su partager avec moi leur expérience et leur expertise sur la brûlure.

La formation d'un « Brûlologue », c'est-à-dire d'un expert de la brûlure selon le terme consacré par notre société francophone de brûlologie qu'il soit médecin, chirurgien, soignant, kinésithérapeute ou autre, est longue.

La connaissance des brûlures, des séquelles de brûlures et surtout leur prévention, nécessite plusieurs années de suivi de patients dans le cadre de parcours longs et complexes.

J'enrichis mes compétences en brûlures dès 2006 par la passation d'un diplôme interuniversitaire de « Brûlologie » sur la Faculté de Médecine de Paris (Pr Wasserman-Pr Mimoun). Ce diplôme est toujours d'actualité. Deux diplômes universitaires de « Brûlologie » existent actuellement en France dans les universités de Paris et Lyon.

Je n'ai finalement jamais quitté ce service où j'exerce depuis le 1^{er} juillet 2021, les fonctions de médecin Chef du Service de Réhabilitation spécialisée des Brûlés et Locomoteur, ainsi renommé lors de son déménagement dans un nouveau bâtiment le 17 juillet 2021. Il est constitué à ce jour d'une unité d'hospitalisation complète de 40 lits permettant d'accueillir les patients brûlés dans des conditions optimales et propices à leur rétablissement.

L'équipe soignante de l'unité de soins travaille en étroite collaboration avec les acteurs des plateaux techniques spécialisés de rééducation et le service psychosocial. La coordination des soins est assurée par deux médecins spécialistes MPR. La prise en charge des patients brûlés ne peut s'envisager que dans un état d'esprit collaboratif au niveau des équipes tant les difficultés de prise en charge sont multiples.

La brûlure est à mon sens, le modèle clinique parfait, illustrant l'intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire et transversale en MPR des déficiences aux incapacités pour la réinsertion des patients dans leur environnement.

Le travail de coordination de notre unité avec les deux centres de traitement des grands brûlés de la région, est essentiel pour optimiser le parcours patient.

Les liens avec les chirurgiens et réanimateurs du centre de traitement des brûlés de l'Hôpital la Conception de l'APHM d'une part, le centre de traitement des brûlés de l'HIA Sainte-Anne à Toulon d'autre part, sont bien établis dans le cadre de partenariats très anciens. L'admission précoce post-réanimation et post-chirurgicale des brûlés reste la priorité absolue du service, seul SMR pour le traitement des brûlés en région PACA, devant répondre impérativement à cette mission de service public.

Le service de Réhabilitation spécialisée des Brûlés fêtera ses 50 ans d'activités médicales cette année. Il a été créé en 1974 par le Dr Malavaud Madeleine. Les techniques de rééducation et réadaptation des brûlures ont été développées dans les années 1970 avec des grands principes toujours d'actualités en 2024. Les technologies 3D (numérisation des prises d'empreinte, logiciel de rectification) et la télé-médecine ont pris leur place au sein de l'arsenal thérapeutique.

Au-delà de la prise en charge clinique des patients brûlés, le service a d'autres missions « Brûlures » :

- recherche clinique dont une étude de télémédecine en cours avec la fondation MSF pour favoriser l'accès à l'appareillage de patients en zones de conflits et/ou à ressources limitée ;
- enseignements sur les programmes de rééducation et réadaptation en brûlures déclinés au niveau local, régional et national ;
- participation aux activités de la SFB (Société Francophone de Brûlologie) ; participation aux groupes de travail sur la brûlure en lien avec les autorités de santé (ARS-ATIH-DGOS).

Quelle est la place du kinésithérapeute dans le parcours de soins « Brûlures » ?

Les brûlures profondes sont pourvoyeuses de séquelles graves. Au-delà du pronostic vital, c'est le pronostic fonctionnel qui est en jeu. La mise en jeu du pronostic fonctionnel concerne les patients dits « grands brûlés » dont le pourcentage de surface corporelle brûlée est > 20 %.

Il concerne aussi les patients présentant des brûlures de petite surface, de 2e degré profond ou 3e degré, en zone fonctionnelle : atteinte des zones articulaires ou péri-orificielles comme par exemple les brûlures des mains ou du visage.

Une prise en charge chirurgicale précoce suivie d'une rééducation et réadaptation spécialisées sont le pré-requis indispensable à la prévention des séquelles.

Le kinésithérapeute est un acteur clé dans le parcours de soins « Brûlures », de l'accueil du patient en centre aigu jusqu'à la fin de maturation des cicatrices.

Il participe à la prévention des séquelles dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée. Le kinésithérapeute doit être formé, expérimenté avec la préoccupation permanente d'adapter ses techniques de soins au statut cicatriciel des lésions cutanées.

Au centre aigu, le kinésithérapeute a plusieurs missions :

- assurer l'installation du patient en déclivité des extrémités pour lutter contre l'œdème souvent majeur à la phase initiale ;
- positionner les articulations brûlées en capacité cutanée maximale par des mousses ou des orthèses thermoformées ;
- initier le travail d'étirement des tissus pour la prévention des brides ;
- assurer la kinésithérapie respiratoire ;
- entretenir la trophicité des membres et les fonctions comme la préhension ou la marche.

Le kinésithérapeute doit se faire une place dans l'équipe, communiquer avec les différents intervenants en particulier pour l'installation effective des appareillages nécessaires à la prévention des séquelles cicatricielles. Il peut profiter des périodes de sédations du patient souvent nécessaires à la réalisation des pansements, pour intervenir et limiter les douleurs en rapport avec les séances de mobilisation.

Je me déplace tous les mois au centre de traitement des brûlés de Marseille pour une première évaluation MPR des patients, faire le point avec l'équipe dont les deux kinésithérapeutes, sur les soins de rééducation en place et ajuster si besoin le programme avant l'admission des patients en SMR.

Dans un service de réhabilitation spécialisée des brûlés comme celui de l'hôpital Léon Bérard, les soins de kinésithérapie occupent une place primordiale dans le programme thérapeutique.

La prise en charge kinésithérapique débute dès le premier pansement réalisé en unité de soins qui est un temps d'échanges privilégié entre le médecin MPR, les soignants, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute : évaluation du statut cicatriciel du patient, définition des objectifs de prise en charge, priorisation des traitements, adaptation à la situation du patient et son environnement.

Le programme thérapeutique est ensuite régulièrement réévalué, nécessitant là encore la collaboration entre tous les intervenants. Le kinésithérapeute va toucher, masser, stimuler.

La détresse psychologique des patients, les troubles de l'image corporelle omniprésents, la douleur durant cette période doivent être évalués et pris en compte pour l'adaptation des techniques de soins. Cette relation du toucher entre le patient brûlé et le kinésithérapeute est très particulière.

Le kinésithérapeute doit créer une alliance thérapeutique avec le patient, indispensable au bon déroulement des soins qui vont se prolonger plusieurs semaines, voire plusieurs mois. La durée d'hospitalisation complexifie parfois cette relation de soins quotidienne voire pluriquotidienne.

Les soins de kinésithérapie se poursuivent en milieu libéral pendant plusieurs mois, pour quasiment tous les patients brûlés à leur sortie d'hospitalisation avec différents objectifs :

- poursuivre l'assouplissement des cicatrices qui doivent être étirées, massées à la main ou mécaniquement par des dispositifs de vacuothérapie ;
- poursuivre le travail des grandes fonctions sans oublier le réentraînement musculaire et à l'effort mis entre parenthèses aux stades cicatriciels précoces et intermédiaires.

Trouver un kinésithérapeute disponible en ville pour la prise en charge d'un patient grand brûlé peut se révéler complexe : méconnaissance et peur de la brûlure, soins spécialisés et chronophages. Le développement d'un réseau spécialisé de kinésithérapeutes libéraux en lien avec les SMR spécialisés brûlures, mériterait d'être identifié pour améliorer le maillage territorial des soins dans ce domaine.

Les techniques de télémédecine et télé réadaptation sont à ce jour des leviers non négligeables dans le cadre des prises en charge hyperspécialisées comme la brûlure.



N'oublions pas l'intervention des kinésithérapeutes des centres de cure thermale à orientation dermatologique qui accueillent nos patients brûlés pour la poursuite des soins de cicatrices en sortie de SMR, en particulier les deux premières années post-traumatiques (2 cures autorisées de 18 jours par an sur prescription médicale).

Une conclusion ?

Mon parcours professionnel : je ne l'ai pas tout à fait choisi. Je l'ai muri au fil des rencontres, des opportunités. Je l'ai ajusté avec ma personnalité selon mes envies, mes capacités : soins, travail en équipe, management, enseignement, recherche clinique, partage d'expérience et d'expertise, plusieurs présidences de comités au sein de l'établissement dont la conférence médicale d'établissement.

Voici les multiples facettes de mes activités professionnelles aujourd'hui en tant que médecin MPR sur l'Hôpital Léon Bérard. Ce qui est certain, c'est que je n'envisage pas d'autres façons de travailler dans l'avenir que celle du travail en équipe : « Ensemble on n'est plus fort ». Ne jamais oublier non plus, celui qui doit rester au cœur de nos préoccupations, le patient « Et si c'était mon enfant, mon père, ma sœur... ».

Je terminerai avec cette citation de Janine Boissard, femme de lettres :

« Je ne crois pas au hasard. Le terrain se prépare patiemment en nous, où fleuriront les décisions et les rencontres, et un jour tout est prêt pour un changement que certains, à tort, qualifient de brutal ou de miraculeux. On rencontre une idée ou un être comme on se rencontre soi-même. »

POUR ALLER PLUS LOIN

Histoire Du Traitement Des Brûlures En France. La Place De L'Hôpital Léon Bérard (Hyères) : Rééducation, Société Savante, Association De Patients. P. Queruel, J. Leclerc, V. Chauvineau. Ann Burns Fire Disasters. 2020 Mar 31; 33(1): 69–82. French.

Actualités en médecine physique et réadaptation. Dossier : Rééducation et réadaptation des brûlés. Coordination : Dr Chauvineau du numéro trimestriel, juin 2021.

Enseignements habituels

- ✓ Les grands Brûlés, IFMK, Institut de Formation en Masso-Kinésothérapie, Vichy
- ✓ La rééducation de la main brûlée (DIU européen de rééducation et d'appareillage de la main post-opératoire, faculté de médecine de Grenoble, Pr Moutet)
- ✓ Les brûlures (Institut de formation en ergothérapie, Clermont Ferrand, Faculté de médecine)
- ✓ Les brûlures (Institut de formation en ergothérapie, Hyères)
- ✓ Rééducation et brûlures (DU plaies, brûlures et cicatrisation, Faculté de médecine de Marseille)
- ✓ La prise en charge des patients brûlés (Master Handicap et Santé, Faculté de médecine de Marseille)
- ✓ Appareillage et brûlures (DU d'appareillage des personnes handicapées, Faculté de médecine de Marseille)

ReTeX



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

Point de vue sur la Médecine Physique et de Réadaptation et les rééducateurs

La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) est une spécialité médicale jeune trop peu connue. Elle a la particularité d'être une discipline non pas d'organe, mais de fonctionnement (selon la classification internationale du fonctionnement). Les spécialistes de MPR ne centrent pas les objectifs médicaux trop simplement sur la guérison d'une maladie mais sur le programme spécialisé de soins coordonnés visant à réduire les conséquences fonctionnelles délétères pour le patient et ainsi améliorer leur qualité de vie.

Par définition, le médecin spécialiste de MPR a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum, les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités.

Amandine Rapin
Médecin MPR
Professeure associée
faculté de médecine de Reims



En d'autres termes, notre objectif est de permettre aux patients d'être le plus heureux possible, malgré leurs problématiques médicales, en prenant en compte leur problématiques sociales et environnementales.

Le premier service de MPR serait probablement l'Hôtel Royal des Invalides (aujourd'hui Institution Nationale des Invalides), ouvert en 1670 par Louis XIV pour offrir accueil et soins aux soldats estropiés.

C'est cependant en 1924 que Gabriel Bidou crée à la Salpêtrière le premier service de « récupération fonctionnelle » des hôpitaux de Paris. L'épidémie de poliomyélite, fin des années 40, boostera l'évolution et la structuration de cette spécialité. En 1965 est créé le Certificat d'Etudes Spécialisées de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles. Et c'est en 1995 qu'est créée cette spécialité médicale, la Médecine Physique et de Réadaptation, pour rejoindre la terminologie internationale.

Mais comment ai-je atterri là ? Mon parcours

Je pense avoir toujours voulu travailler auprès des personnes en situation de handicap. J'avais le sentiment que les personnes vivant ces expériences difficiles développaient une capacité d'adaptation, ou plutôt de résilience, leur permettant d'affronter cette vie et de poursuivre malgré tout l'objectif de toute personne : être heureux.

Alors je voulais comprendre cela, apprendre cela, et peut être avoir la chance d'aider ces personnes extra-ordinaires dans ce parcours compliqué. Je me suis donc orientée initialement vers le métier de psychomotricienne. J'y voyais la possibilité de ne pas travailler que sur une maladie, ou un organe, de ne pas concevoir la personne que comme un corps malade, mais bien comme un tout : le corps et l'esprit agissant dans une interaction étroite et permanente, il était nécessaire de concevoir les 2 de concert.

J'ai adoré ces études qui m'ont permis de découvrir la physiologie motrice autant que la psychologie. Mais dans le concret du soin, je ne m'y retrouvais pas. J'ai finalement décidé, une fois mon diplôme d'état en poche, de débiter des études de médecine, sans réelle idée de mon orientation, si ce n'est une arrière-pensée de psychiatrie. C'est en 6^{ème} année de médecine que j'ai découvert la MPR, et cela a rapidement été une évidence.

La possibilité de prendre en charge des personnes en situation de handicap, d'être présente au moment clef où les patients vivent un tournant majeur de leur vie pour les accompagner, le travail d'équipe avec toute la richesse que cela implique, un mode de réflexion centré sur le patient et sa qualité de vie... en bref la plus belle spécialité du monde.

Le médecin de MPR et l'équipe de soin et de rééducation

Toute prise en charge d'un patient dans un service de MPR débute par une évaluation des besoins et du pronostic fonctionnel par un médecin de MPR. L'objectif de cette consultation est de définir les objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réalisable et temporellement défini), en s'approchant le plus possible des objectifs des patients.

L'atteinte de ces objectifs passera par des soins médicaux, paramédicaux, rééducatif et social. De ce fait, un des temps centraux dans l'organisation du médecin de MPR est le temps de synthèse pluriprofessionnelle. Ce moment, organisé différemment selon les services, est l'incontournable indispensable permettant d'optimiser les soins du patient. Les personnes prenant en charge le patient sont non seulement nombreuses, mais aussi variées : aide-soignant, assistant social, ergothérapeute, enseignant en activité physique adaptée, diététicien, infirmier, kinésithérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, psychomotricien, psychologue ;

Chacune des professions a une vision différente (du patient, de la vie), chacune a un rôle essentiel dans la prise en charge du patient, ... mais toutes doivent s'accorder sur une direction à prendre.

C'est le grand enjeu et sûrement le plus beau défi des équipes travaillant en MPR.

Car sans cette coordination et ce travail d'équipe commun, la perte de temps, d'énergie et de chance pour le patient est évidente. Il est cependant naturellement difficile pour chacun d'intégrer l'importance de chacun. Il est notamment très classique, en raison d'une séparation géographique architecturale habituelle, que les équipes de rééducation ignorent ce qui est fait par l'équipe de soin et inversement.

Le kinésithérapeute a bien évidemment un rôle majeur au sein de cette équipe. Du fait de ses compétences variées et des pathologies prises en charge dans les unités de soins, il est rare que le patient ne bénéficie pas d'une prise en charge kinésithérapique.

Sur mes quelques années d'expérience, j'ai pu voir une belle progression de l'exercice de la kinésithérapie dans notre service. La première difficulté aura été d'intégrer l'importance de la réalisation de bilan chiffré permettant une objectivation des résultats obtenus, allant au-delà de la satisfaction de l'œil du soignant ou de la subjectivité du patient. Si les plus anciennes générations avaient besoin d'être convaincues, les plus jeunes ont désormais cette habitude ancrée, permettant de donner du poids et de la visibilité à l'importance du travail du kinésithérapeute.

Un autre point complexe réside dans le travail en équipe. Les kinésithérapeutes ont longtemps été pour ainsi dire les seuls professionnels de la rééducation.

L'apparition progressive de nouvelles disciplines semble avoir instauré parfois une méfiance, sinon laissé une méconnaissance des spécificités de chacun. De la même manière, une évolution positive a pu s'opérer, avec un travail devenant plus pluriprofessionnel et coordonné. Il me semble cependant qu'il reste un grand chemin à faire, qui passera par l'intégration de la complémentarité des disciplines. Il restera pour les kinésithérapeutes exerçant en MPR une évolution importante à travailler : l'adoption des nouvelles technologies et l'apprentissage de la télé-rééducation.

L'avènement de la rééducation robotisée et des nouvelles technologies amène à revoir nos organisations et à concevoir la rééducation autrement. Loin de venir remplacer les soins classiques, elle vient les compléter, les potentialiser.

Mais l'usage complexe et peut être la peur d'être « remplacé » vient entraver l'adoption de ces technologies ayant pourtant montré de grandes preuves d'efficacité pour nos patients. Le besoin de « toucher » le malade, particulièrement important pour le kinésithérapeute vient probablement freiner le thérapeute dans l'intégration de ces méthodes. Il en est de même pour la télé-rééducation, méthode de prise en charge ayant également largement fait ses preuves, et permettant de soigner les patients les plus éloignés et démunis.

L'apprentissage de ces techniques et leur intégration doit pouvoir s'opérer, sans arrière-pensée de perte ou dégradation, mais plutôt dans une optique d'amélioration des soins, de façon complémentaire aux techniques déjà pratiquées et qui resteront la base de tout soin kinésithérapeutique.

C'est probablement par la scientification du métier de kinésithérapeute, avec l'émergence tardive en France de kinésithérapeute chercheur, que ces évolutions pourront se faire.

La MPR aujourd'hui et demain

La MPR étant une spécialité jeune, de nombreuses évolutions peuvent bien évidemment être envisagée. Elles découleront probablement majoritairement de la modification des personnes et des techniques.

Lorsque j'ai débuté ma spécialisation, peu d'étudiants en médecine choisissaient la MPR, spécialité non connue. Parmi les rares élus, la très grande majorité souhaitait faire de la MPR neurologique. En effet cette orientation, riche de techniques médicales (toxines, blocs, moteurs, pompes et lien en chirurgie neuro-orthopédique, neuro-urologie, ...) et spécificités rééducatives, séduisaient les étudiants.

La mise en place de la filiarisation a permis d'augmenter de façon importante le nombre de spécialistes, mais en ouvrant les portes à une modalité spécifique de formation vers la médecine du sport.

Ainsi le nombre d'interne souhaitant s'orienter vers les pathologies de l'appareil locomoteur a pris le pas sur les autres. Le souhait grandissant des jeunes générations d'un métier peut être moins contraignant entre probablement en compte dans ces évolutions.

Une autre évolution probable se fera vers l'augmentation de la valence médicale, avec une augmentation des actes et examens complémentaires proposés par le MPR (urodynamique, épreuve d'effort, électro-neuromyogramme, échographie, infiltrations, toxines et blocs, grand appareillage...), espérons-le, sans avoir d'impact sur les connaissances en termes de management d'équipe et de techniques de rééducation.

Par ailleurs les évolutions technologiques importantes dans le domaine de la rééducation ainsi que l'augmentation de la demande imposeront au médecin de MPR de s'adapter dans l'accompagnement des professionnels de rééducation vers l'évolution des pratiques, toujours dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

Enfin la mise en place des télé-soins et de la télé-rééducation est pour nous aussi un défi de taille, que nous devons relever, tous ensemble !

Amandine Rapin

2001 De de psychomotricienne (Pitié Saplétrière)

2011 Thèse d'exercice

et DES de Médecine Physique et de Réadaptation

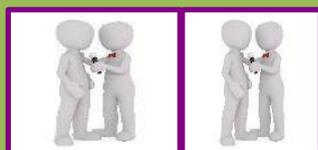
2011-2013 : Chef de clinique-assistant des universités de Reims

2013 : Master 2 de méthodologie de la recherche

2023 : thèse de science

Depuis 2021 : Professeur associée à la faculté de médecine de Reims

Ret**E**x



Au cœur d'une pratique

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

article coordonné par

Joséphine Roux
cadre de soins,
pôle santé handicap
clinique de Bonneveine



Regards pluriels sur la rééducation des patients en situation de handicap à la clinique de Bonneveine

- **La structure :**

La Clinique de Bonneveine - gérée par l'association APATS Marseille - est un établissement de santé privé à but non lucratif, sous statut ESPIC.

Cet établissement, créé en 1927, recense près de 12 000 séjours hospitaliers par an, 6 600 interventions et 120 000 actes externes réalisés par les professionnels de l'établissement.

Facile d'accès, l'établissement n'a cessé de se moderniser afin de répondre aux besoins de ses patients et d'offrir un service associant savoir-faire, sécurité et qualité.

Le Pôle Santé Bonneveine comprend :

- la Clinique, certifiée "A" par l'HAS, qui dispose de 109 lits, 5 salles de blocs, une salle d'endoscopie,
- un Centre de Consultations et de Soins Externes, avec plus de 60 spécialistes,
- un Centre d'Imagerie Médicale, avec 2 salles d'échographie, 1 salle de mammographie, 2 salles d'imagerie conventionnelle, 1 salle d'échographie doppler vasculaire, et une salle dédiée à l'imagerie dentaire,
- un Laboratoire de biologie médicale,
- un Centre Dentaire,
- un Magasin de Matériel Médical,
- un Centre Optique.

Ainsi, la Clinique de Bonneveine est un établissement où le patient bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire avec un parcours de soins adapté à ses besoins.

Toujours dans cet esprit de réponse aux besoins des patients et d'accès aux soins pour tous, la Clinique de Bonneveine a orienté son nouveau projet d'établissement vers la prise en charge des personnes vulnérables, et plus particulièrement des Personnes en Situation de Handicap.

C'est ainsi qu'un Pôle Santé Handicap, pôle innovant et unique en France, a été intégré au sein du Pôle Santé Bonneveine, afin de regrouper l'ensemble des prises en charge dédiées aux personnes vivant avec handicap, au travers de ses parcours ● spécifiques : HANDI CONNECT, HANDI MOBILE, HANDI CONSULT, HANDI DENTAIRE, HANDI HDJ, HANDI AMBU, ● HANDI HOSPI. ●

Ce parcours de soins s'adresse aux adultes et enfants, porteurs de tout type de handicap (physique, psychique, mental, polyhandicap, ou troubles autistiques), vivant au domicile ou en établissement médico-social.

Notre établissement s'est engagé dans un projet expérimental innovant de création d'une unité et d'une équipe mobile dédiées à la prise en charge des personnes en situation de handicap, dans le cadre de l'article 51.

Cette unité, inaugurée le 4 septembre 2023, dont Eglantine Eméyé - Présidente de l'association Un pas vers la vie est la marraine et Pascal Jacob - Président de l'association Handidactique est le parrain, vient compléter le Pôle Santé Handicap de notre établissement, en proposant ainsi un parcours de soins global et adapté.

En 2023, le Pôle Santé Handicap a pris en charge plus de 3 000 patient(e)s à travers ses différents parcours de soins dédiés.

Fabrice Julien

Directeur
de la clinique de Bonneveine



● La rééducation chez les patients polyhandicapés : hier, aujourd'hui et perspectives du futur.

Le parcours de santé des patients polyhandicapés a toujours été complexe, oscillant entre les soins à domicile, l'accompagnement par des structures médico-sociales et les séjours hospitaliers ou en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Ces patients demeurent chez eux, où ils reçoivent des soins à domicile, en cabinet libéral ou dans un centre spécialisé. Leur lieu de vie est également leur lieu de soins.

Au fil du temps, ces patients développent des sur-handicaps qui entraînent une instabilité et une aggravation inévitable de leur état, rendant les soins de plus en plus lourds et complexes.

Le polyhandicap médicalisé se caractérise souvent par une prise en charge hospitalière prolongée, dépassant la durée théorique des séjours en services de SSR. Historiquement, il n'existait pas de structure adaptée pour ce type d'hospitalisation aiguë prolongée pour ces patients. De par la création de cette structure, les personnels ont pu être formés à la gestion du comportement, de la prise en charge médicale et des échanges avec ces patients.

Les SSR spécialisés, qui assurent des soins de haut niveau, manquent souvent de places.

Il existe très peu de structures sanitaires adaptées, que ce soit pour les enfants ou les adultes polyhandicapés, et elles sont parfois très éloignées du domicile familial. Cependant, certaines structures ont réussi à pallier ce problème en créant "La Maison Des Parents".

Certains polyhandicapés vivent en internat dans des instituts médico-éducatif (IME), mais rencontrent de grandes difficultés en raison de la médicalisation insuffisante de ces institutions.

D'autres se retrouvent dans des services non adaptés à leurs besoins médico-sociaux, tels que les services de pédiatrie traditionnelle ou des services adultes non adaptés.

À la clinique de Bonneveine, nous avons mis en place un parcours de soins complet pour ces patients. Nous les accueillons dans un premier temps au cours d'une consultation externe ou en hôpital de jour, avec des équipes de soins spécialisées. Puis, si nécessaire, ils sont hospitalisés pour poursuivre leur prise en charge médicale. Cela nous permet donc d'organiser les soins en interne afin d'optimiser leur prise en charge et de rendre l'hospitalisation la plus bénéfique au patient.

Pendant leur séjour hospitalier, les patients bénéficient de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels médicaux et paramédicaux (psychomotricité, ergothérapie, kinésithérapie), des professionnels infirmiers, ainsi que des professionnels du domaine social.

Sur le plan kinésithérapeutique, nous prenons en charge les besoins orthopédiques pour limiter les déformations, mais également les besoins généraux dans le but d'un objectif de retour à l'état initial (lors de syndrome de glissement par exemple) ou d'un maintien des capacités préexistantes (lors de séjours de répit pour les aidants).

Nous travaillons également avec l'entourage du patient pour lui donner une meilleure compréhension de son environnement ou pour obtenir des informations complémentaires, notamment sur leur condition de vie.

Dans le cadre d'une rééducation de maintien ou d'une rééducation dont l'objectif est un retour à l'état initial, nous priorisons les mobilisations, étirements, renforcement musculaire et travail de l'équilibre.

Chaque exercice proposé nécessitera d'être ludique ou attrayant pour le patient, et d'une explication claire des consignes à l'aide d'exemples ou de détails permettant d'imager l'exercice (faire l'oiseau, marcher sur un fil, etc ...).

Dans le cadre de rééducation orthopédique, la rééducation peut passer par plusieurs étapes telles que la mobilisation, la remise en charge progressive, la verticalisation ou encore le renforcement.

Ce type de rééducation est généralement accompagné d'une peur importante de chuter, de remettre en appui ou d'une peur anticipatoire de la douleur. Elle nécessite donc une remise en confiance très douce et progressive car le milieu hospitalier peut rapidement devenir impressionnant pour ces patients.

Perspectives dans l'avenir

Ce projet a été réfléchi en mettant le patient polyhandicapé au centre de chaque réflexion menant à la création de ce service. Il prend également en compte son entourage et son environnement permettant une prise en charge holistique du patient.

L'ensemble de cette prise en charge a donc pour but d'améliorer la qualité de vie de ces patients mais également de les accompagner dans chaque soin nécessaire.

L'amélioration de la prise en charge des patients polyhandicapés passera forcément par l'individualisation du polyhandicap parmi les affections de longues durées. Une généralisation de ce modèle de prise en charge serait idéale afin d'améliorer les suivis des patients polyhandicapés. L'expansion de tels services donnerait également un regard différent et une plus grande visibilité permettant ainsi une meilleure prise en charge.

Une perspective de prise de contact avec les services sociaux et associations d'accompagnement serait intéressante afin de garantir un retour à domicile dans des conditions optimales et de limiter l'usure des aidants.



**Louise Grandval
& Fernando Wang**
kinésithérapeutes

Pourquoi être devenue cadre et plus particulièrement dans le domaine du handicap

Infirmière depuis 12 ans j'ai décidé de devenir cadre de santé il y a 4 ans et plus particulièrement dans le domaine du handicap il y a 1 an.

Le travail auprès des personnes en situation de handicap est pour moi l'essence même de ce que devrait être le métier de soignant, à savoir adapter le soin au patient et non l'inverse.

La prise en charge d'une personne en situation de handicap demande une grande adaptabilité, chaque étape du soin sera personnalisée et adaptée au patient.

Et cette prise en charge est possible seulement grâce à un travail d'équipe pluridisciplinaire où les professionnels de santé travaillent main dans la main pour adapter au mieux le soin proposé au patient.

Réfléchir à des solutions et construire des dispositifs pour permettre la prise en charge dans le soin des personnes en situation de handicap permet d'éviter des ruptures de soins encore bien trop communes à ces patients.

Quel regard portez-vous sur les "rééducateurs" en général et en particuliers sur les MKs salariés

Le métier de kinésithérapeute, qui permet la reprise de la mobilité, soulagement de douleurs, le retour à de l'autonomie à travers des techniques de rééducation physique, est une profession très prisée par les jeunes adultes qui souhaitent se lancer dans le domaine paramédical.

Ils travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, comme des médecins, les infirmier(e)s, des ergothérapeutes, des psychomotriciennes et des orthophonistes, afin de proposer un suivi complet aux patients en cabinet libéral, dans les ehpad, établissements de soins. Ils sont un maillon très important de la chaîne de soins, sans eux de nombreux patients ne pourraient pas retrouver l'autonomie nécessaire pour retrouver leurs vies avant l'arrivée d'une maladie ou d'un accident.

Joséphine Roux

Cadre de soins
pôle santé handicap
clinique de Bonneveine



Les kinésithérapeutes hospitaliers jouent un rôle essentiel dans le système de santé. Ils travaillent au sein des établissements de santé pour aider les patients à se rétablir après des interventions chirurgicales, des accidents, des maladies chroniques ou dégénératives et de la traumatologie.

Voici quelques aspects clés de leur travail :
1. ****Évaluation des patients**** : Ils effectuent des évaluations initiales pour déterminer les besoins en rééducation des patients (besoin en autonomie sur la mobilité, les voies respiratoires...).

2. ****Élaboration de plans de traitement**** En fonction des évaluations, ils créent des programmes de rééducation personnalisés adaptés aux conditions et aux objectifs de chaque patient.

3. ****Rééducation fonctionnelle**** : Ils aident les patients à retrouver leur mobilité, à améliorer leur force musculaire et à réduire la douleur à travers des exercices thérapeutiques.

4. ****Collaboration interdisciplinaire**** Les kinésithérapeutes hospitaliers travaillent souvent en équipe avec d'autres professionnels de la santé, tels que des médecins, des infirmiers, des ergothérapeutes et des psychologues, pour offrir un suivi global.

5. ****Éducation des patients**** : Ils informent les patients sur les exercices à réaliser, les postures à adopter et les précautions à prendre pour favoriser leur réhabilitation. Réalisent de l'éducation thérapeutique au fur et à mesure de leurs prises en charge.

6. ****Suivi et évaluation continue**** : Ils surveillent les progrès des patients et ajustent les traitements en fonction de l'évolution de leur état et font des observations essentielles aux médecins et aux équipes paramédicales pour le suivi du projet de soins.

Ce métier demande une solide formation et des compétences en communication, en empathie et en évaluation clinique.

Nathalie Duranti
Directrice des soins
de la clinique de Bonneveine



Nous sommes très reconnaissants vis-à-vis des kinésithérapeutes qui ont choisi notre établissement, car les conditions sont souvent plus difficiles qu'en libéral, les patients ont de lourdes attentes, car ils interviennent souvent dès l'arrivée d'une pathologie ou d'un accident, donc l'aspect psychologique et émotionnel fait partie intégrale du processus de guérison.

De plus, nos kinésithérapeutes ont à cœur de suivre le patient dans tous les parcours de soins (ORL, neurologique, traumatologiques, orthopédie, post AVC etc...), grâce à nos locaux qui permettent la prise en charge au sein de la clinique avec un gymnase et des équipements disponibles en unités de soins, mais aussi grâce à un espace de rééducation externe que nous avons près de la clinique, qui permet aux patients de suivre leur prise en charge, par ces mêmes kinésithérapeutes.

C'est un modèle de parcours gagnant/gagnant : le patient est ravi d'être suivi par le kinésithérapeute qu'il a rencontré en hospitalisation, et ce dernier le a la satisfaction du suivi et des progrès du patient. Nous savons qu'il est très difficile de trouver des kinésithérapeutes salariés, car le libéral offre des conditions et des revenus plus confortables ; malgré tout notre système partageant une activité clinique en établissement de soins avec une activité en espace rééducation extérieure, semble être une bonne alternative et propose un bel équilibre.



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 :



MOVEMENT FOR LIFE

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

1. Diagnostic et classification

2. Pilotage de l'entraînement

3. suivi et accompagnement



Améliorer la marche



l'amplitude du mouvement



Faciliter la rééducation



Marquage CE med



Non invasif et
sans médicament

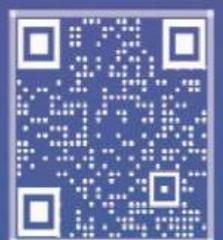
Renseignements ou informations ?

Demande de démonstration contactez-nous:

contact@kurage.fr

NeuroSkin®

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





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

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

Nouveau ! THERA-Trainer senso

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



THERA-Trainer coro



THERA-Trainer balo



THERA-Trainer verto

Appareils modulaires de verticalisation

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

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

Logiciels thérapeutiques

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



Robot effecteur à la marche

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

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

Entraîneurs thérapeutiques motorisés

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

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



THERA-Trainer tigo



THERA-Trainer mobi



THERA-Trainer bemo

JNKS : KALEIDOSCOPE

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

Le programme au 1^{er} septembre

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, émergiment, 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 » sérieux game Elsa Guba & Julie Potteeuw, MKs, CHU Nantes (44)
 - Efficacité et utilisation de l'EIT (tomographie par impédance électrique) Serge Baneton et Ambre Komonski, MKs, CHU Nantes (44)
 - Robotique et 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 : Thomas RULLEAU

- **RECHERCHE PARAMEDICALE ... PARCOURS UNIVERSITAIRES ET/OU PARCOURS EXPERIENTIELS**
Programme de recherche & appels d'offre nationaux Thomas Rulleau, MK, Coordonnateur paramédical de la recherche, CHU Nantes (44)
- A propos du réseau Recherches et Innovations Paramédicales du GIRCI Grand Ouest Katty Guinoiseau, CDS, Coordinatrice, CHU Angers (49)
- A propos d'une équipe d'appui à la recherche Sophie Hameau, MK PhD, CHU Rennes (35)
- 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)

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 :





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

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) *Aurélié Oudin-Roth, MK, CHRU Nancy (54)*
- Recherche " Nutriréa 4 " *Emeline Corbin, MK & Stéphanie Wojciechowski, CDS Diététicienne, 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)*
- 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*

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

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, Aurélié 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 - dîner - convivial

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :





Rééducation en **réalité virtuelle** immersive



Lutte contre la
kinésiophobie



Gain d'adhésion
thérapeutique



Personnalisation
des soins



Réservez votre démonstration

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



Rééducation virtuelle pour des résultats bien réels

La rééducation est un domaine en constante évolution, où chaque innovation peut significativement **améliorer la qualité de vie des patients**. Parmi ces avancées, la réalité virtuelle immersive se distingue comme une solution de pointe pour les centres de rééducation, offrant des possibilités inédites pour les kinésithérapeutes et leurs patients. Comme le souligne **une étude publiée dans le Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**, "la réalité virtuelle immersive peut améliorer les résultats fonctionnels en fournissant un environnement sûr et contrôlé pour pratiquer des tâches fonctionnelles et répétitives".

L'avis des kinésithérapeutes :



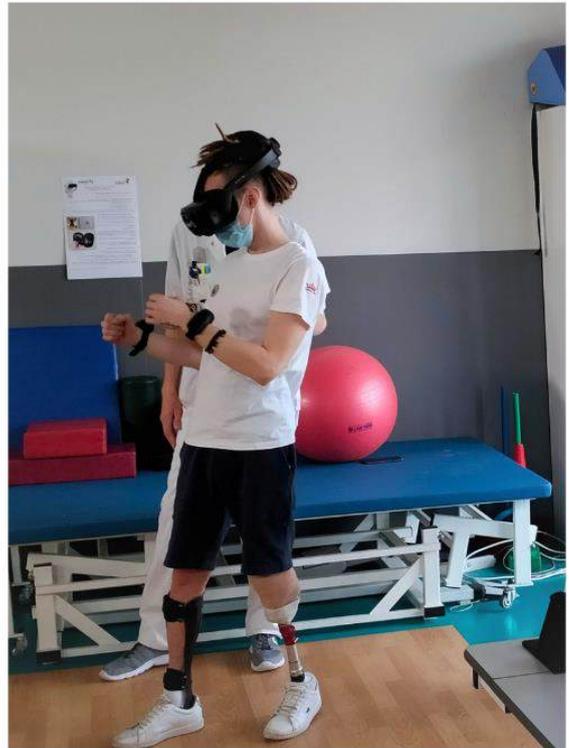
Andréa LOIACONO,
kinésithérapeute au Centre de Rééducation Jacques Calvé

"L'utilisation de H'ability au sein de notre établissement a permis d'exploiter de nouvelles approches de la rééducation. C'est une solution qui permet de pratiquer plus de temps de travail, avec un ressenti moindre du patient. La distraction de la douleur lors de mobilisations difficiles est un point considérable utilisé lors des séances."



Thomas PELLISSIER,
kinésithérapeute au Centre Hospitalier de Jeumont

"Utiliser H'ability me permet de diversifier la prise en charge de mes patients chroniques. La mise en place est rapide et simple, ce qui me permet de l'utiliser avec de nombreux patients, y compris ceux ayant de faibles capacités, que ce soit pour des objectifs de rééducation des membres supérieurs, d'équilibre ou d'activité physique."



CE MD

Pourquoi intégrer H'ability dans votre pratique de kinésithérapie ?

- **Efficacité** : Facilite la mise en place d'exercices variés et adaptés à chaque patient.
- **Précision** : Permet un suivi en temps réel des progrès et une personnalisation des séances.
- **Motivation** : Les patients sont plus engagés et motivés grâce à des résultats visibles.
- **Polyvalence** : Conçu pour la rééducation neurologique, gériatrique, orthopédique et vestibulaire.

Avec son **dispositif sans câble et sans manette**, H'ability® favorise une meilleure immersion et concentration lors des exercices de rééducation. Les bénéfices incluent également une **amélioration notable de la mobilité, de la coordination et de la force musculaire**.

H'ability soutient les kinésithérapeutes avec une **technologie avancée**, optimisant ainsi la qualité des soins et les résultats. Pour améliorer vos méthodes de rééducation et **maximiser la récupération de vos patients**, H'ability est l'outil idéal.



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

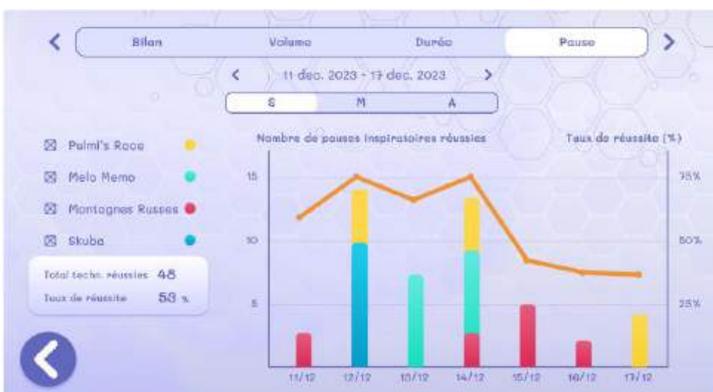
Grâce à l'approche par le jeu vidéo, la rééducation respiratoire devient une distraction et non plus une contrainte. Nos jeux alternent des séquences de techniques respiratoires et des actions classiques de l'univers du jeu vidéo.



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).



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 : KINESITHEREPEUTE PREVENTEUR Julien Allender, MK, CH St Nazaire (44)
- REEDUC'ALLIANCE Fanny Arnaud, CDSMK, CHU Lyon (69)
- COMMUNAUTES DE PRATIQUES EN REEDUCATION Laetitia Buisson, CSSMK, CH Plaisir (78)
- COMMUNIQUER : DONNER DU TEMPS AU TEMPS Pauline Wild, CDSMK, CH Pontoise (95)
- FAIRE EQUIPE ...EN READAPTATION Jean Pascal Devailly, MPR, Président du SYFMER

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)

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :



DÉCOUVREZ NOS DISPOSITIFS DE NEURO-READAPTATION

VIBRAMOOV PHYSIO

Dispositif 3 en 1 qui permet de réinitier les mouvements : grâce à l'application de Stimulations Proprioceptives Fonctionnelles (FPS) il active des zones sensori-motrices particulières. Les patients ressentent le mouvement et le Système Nerveux Central réagit en initiant une réponse motrice correspondant à la sensation reçue. Il permet également de réduire la douleur ou réguler l'activité musculaire.

VIBRAMOOV PRO

Dispositif de neuro-réadaptation précoce et intensive pour préserver et améliorer les fonctions sensori-motrices des patients souffrant de troubles du contrôle moteur. Il fournit des Stimulations Proprioceptives Fonctionnelles (FPS) permettant au patient de ressentir un mouvement naturel et le système nerveux central réagit à cette sensation. En mode vibration focale, le VibramooPro permet de réguler l'activité musculaire pour des patients souffrant de spasticité.



A TESTER SUR NOTRE STAND AUX JNKS

POURQUOI CHOISIR NOS DISPOSITIFS ?

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 :



Où,
le monde de la santé
a aussi besoin
que l'on

prenne soin

de lui

La MACSF propose systématiquement
une assistance psychologique
dans ses contrats santé, prévoyance et RCP-PJ*.

En savoir plus :



Ensemble, prenons soin de demain 

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

PUBLICITÉ

*Hors étudiants.

MACSF assurances - SIREN N°775 665 631 - Société d'Assurance Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX.

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 dûment 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/...../.....

à compléter par le responsable en majuscules svp

NOM.....
 Prénom.....
 Fonction.....
 Adresse
 Tél.....Fax.....
 email

Fait àle...../...../.....

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 : <small>tarif normal</small>	adhérent *	non adhérent
Mercredi 25 septembre (am)	100 € <input type="radio"/>	150 € <input type="radio"/>
Jeudi 26 septembre	200 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
Vendredi 27 septembre	200 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

A partir du 09 septembre : <small>tarif majoré</small>	adhérent *	non adhérent
Mercredi 25 septembre (am)	150 € <input type="radio"/>	200 € <input type="radio"/>
Jeudi 26 septembre	250 € <input type="radio"/>	300 € <input type="radio"/>
Vendredi 27 septembre	250 € <input type="radio"/>	300 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

* à jour de la cotisation 2024 au CNKS [cf--> www.cnks.org]

NB : En cas d'annulation, qu'elle qu'en soit le motif, une facturation de 40 € (frais administratifs dossier) sera émise auprès de l'établissement ou de l'intéressé en cas de prise en charge individuelle

A réception du dossier complet dûment constitué (inscription individuelle réglée ou convention signée) KOP transmettra les informations définitives relatives aux JNKS (confirmation de convocation, information pratiques...)

KOP Association loi 1901 (déclarée en Préfecture des Côtes d'Armor)
 n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK
 0035038 QUALIOPI 2020 [Code APE 8559A - organisme de formation non assujéti à la TVA]

Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com Vos coordonnées seront uniquement utilisées pour mieux vous informer et diffuser plus efficacement des informations pratiques sur nos formations (catalogue, emailing, ...). Elles sont enregistrées et transmises au responsable en charge des formations de Kiné Ouest Prévention, ainsi qu'au CNKS dispensant la formation à laquelle vous vous inscrivez. Ce dernier s'engage à ne pas les utiliser sans votre consentement en dehors du cadre de la formation. Kiné Ouest Prévention conserve vos coordonnées tant que vous ne vous désinscrivez pas. Vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour toute situation particulière de Handicap, merci de nous contacter afin que nous puissions analyser vos besoins.

PARLONS EN, ENSEMBLE... au CHU de NANTES

JNKS conçues par administrées par en partenariat et avec le soutien de :





Élise,
cadre de santé.

S'engager auprès de ceux
qui se mettent au service
des autres, c'est ça être
assurément humain.



Assurément
Humain

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.*

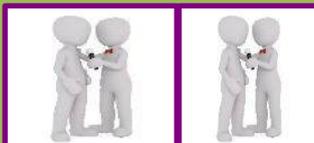


EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE / READAPTATION GERIATRIQUE

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

V1 septembre 2023

RetEx



Au cœur d'une pratique

Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

En gériatrie,
"nouvelle pépite"
sur les réseaux sociaux
de bon sens, de bon aloi,
de bonne pratique, d'Eléonore

" La nature nous a donné deux oreilles et seulement une langue afin de pouvoir écouter davantage et parler moins" (Zénon d'Élée)

En tant que kinésithérapeute spécialisée en gériatrie, cette citation me parle énormément. Dans notre pratique, surtout auprès des personnes âgées, l'écoute est bien plus qu'une compétence : c'est un outil essentiel de soins.

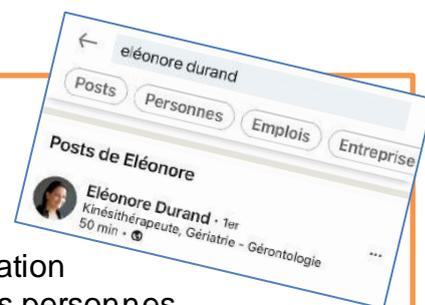
Écouter c'est comprendre. Chaque personne âgée a une histoire unique, un vécu riche et des besoins spécifiques. Prendre le temps de les écouter, c'est non seulement les prendre en compte en tant que personne, mais aussi d'assurer de s'assurer que nos prises en charges sont adaptées à leurs attentes et à leur réalité. Trop souvent, on les réduit à leur pathologie ou leur âge avancé, en oubliant leurs rêves, leurs peurs et leurs souhaits.

Parler moins, c'est respecter. En parlant moins et en écoutant davantage, nous montrons à nos patients que nous les respectons. Nous leur donnons la place pour s'exprimer, pour partager ce qu'ils ressentent et pour participer activement à leur prise en charge. C'est ainsi que l'on peut réellement personnaliser nos soins et éviter l'âgisme.

L'écoute active, c'est aussi redonner du pouvoir permettre à la personne âgée de se sentir entendu et comprise, c'est lui redonner une forme de contrôle sur sa vie, même face à la maladie ou au vieillissement. C'est une démarche qui humanise la prise en charge et renforce le lien de confiance entre le soignant et le patient.

Que ce soit dans une salle de rééducation ou au chevet d'un patient, n'oublions jamais que nos deux oreilles sont toujours là pour nous rappeler que l'écoute est le premier des soins.

Eléonore Durand



5 octobre 2024

Kinésithérapie gériatrique & âgisme :
faisons évoluer nos pratiques

Inscriptions !



Paris
Faculté de médecine Kremlin-Bicêtre

**ANNONCE
IMPORTANTE
une journée
à ne pas manquer !**

**A REDIFFUSER A VOS COLLEGUES
DE L'ETABLISSEMENT, DU DEPARTEMENT
DE LA REGION & AU DELA...**

8h00	Accueil des participants		
8h45	Allocution d'ouverture <i>O. Gagey, CNO, SFP</i>		
9h15	Parler, écouter, communiquer en rééducation gériatrique : en pratique paroles de patient, clinicien et la vision d'une approche humaniste <i>N. Turpin, S. Delanghe, K. Munsch</i>		
10h00	Bien vieillir et fragilité de la personne âgée - Regards sociologiques <i>C. Rolland</i>		
10h45	Pause café		
11h00	Atelier pratique 1 : Une question de sensorialité <i>GI gériatrie</i>	Atelier pratique 2 : La continence en question et surtout en pratique <i>E. Cerutti</i>	Atelier pratique 3 : Relevé du sol et troubles cognitifs <i>GI gériatrie</i>
12h00	Repas		
13h30	A-t-on encore le droit de vieillir en France ? Entre société, politique et réalité, le rééducateur <i>F. Mourey</i>		
13h50	Questionnons l'âgisme dans nos pratiques quotidiennes en kinésithérapie : <i>Les troubles cognitifs, pas qu'un frein pour la rééducation. - E. Beaudouin</i> <i>En libéral, la place du sujet âgé. - M. Duveau Hoarau</i> <i>Pourquoi ne pas oser les nouvelles technologies ? - E. Attoh-Mensah</i> <i>" Devons-nous laisser conduire les personnes âgées ?"</i>		
15h50	Pause café		
16h00	Atelier pratique 4 (1 bis) : Une question de sensorialité <i>GI gériatrie</i>	Atelier pratique 5 : Les troubles de l'équilibre : quelle place pour l'approche vestibulaire ? <i>T. Hussein</i>	Atelier pratique 6 : Personnes âgées et kinésithérapie respiratoire vraiment utile ? Entre âgisme et pratique EBP <i>L. Gely</i>
17h00	Agisme et rééducation : le regard d'anciens étudiants <i>Jeunes diplômés MK</i>		
17h30	Regards croisés et synthèse de la journée : l'âgisme en question <i>F. Mourey, C. Rolland</i>		
18h00	Clôture de la journée		

HAD R KINESITHERAPIE, & HOSPITALISATION A DOMICILE DE READAPTION

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

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°33 vous propose le retour d'expérience de Sébastien Giraud, cadre rééducateur à l'HAD Mauges Bocage Choletais.



Sébastien GIRAUD

2002 : DE MK

2002-2023 :

- MK CH Cholet
- MK Libéral en cabinet et à domicile (15 ans)
- Formation thérapie manuelle des Fascias (2014-2017)

Formation douleur chronique (CEVAK)

Novembre 2023 à ce jour :

MK cadre rééducateur à l'HAD MBC (49



L'HAD Mauges Bocage Choletais

L'Hospitalisation A Domicile Mauges Bocage Choletais (HAD MBC) est un établissement privé à but non lucratif, associatif de loi 1901, qui a accueilli son premier patient en mai 2008.

Sa création est née par la volonté des directions des établissements du territoire de santé (le Centre Hospitalier de Cholet, les SMR et Cliniques privées) de Cholet et de ses alentours.

L'HAD MBC veut, depuis sa création, fédérer et jouer un rôle de coordination au service de son territoire, c'est pourquoi sa gouvernance s'effectue avec les directions des membres fondateurs, les membres représentants des institutions et les libéraux.

Son territoire d'intervention est défini par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire comme toute HAD. Il comprend 105 communes, représentant un bassin de population de 270 948 habitants. Il s'étend en Maine-et-Loire sur les nouvelles communes de Beaupréau-en-Mauges, Bocage, Chemillé-en-Anjou, la Communauté d'Agglomération du Choletais, Lys-Haut-Layon, Montrevault-Sur-Evre et Sèvremoine, ainsi qu'en Vendée sur les cantons des Herbiers et de Mortagne-sur-Sèvre.

Cet établissement de santé permet aux patients de recevoir des soins médicaux complexes et coordonnés à domicile. Les prises en soins des patients et leurs bien-être sont au cœur de ses actions, et de ses valeurs.

L'HAD de Réadaptation de Cholet

Sa création

L'HAD de Réadaptation est née d'une volonté de l'HAD MBC et du Centre Hospitalier de Cholet de répondre à un besoin territorial.

En effet, le manque de place en neurologie et dans les services SMR ces dernières années, a conduit une réflexion visant à améliorer le parcours des patients et notamment ceux concernés par les affections neurologiques, plus particulièrement les AVC.

La volonté était également de renforcer le lien ville et hôpital, et de répondre aux besoins des patients à leur domicile.

Le cadre réglementaire

En 2021, la réforme des autorisations d'activité de soins en HAD définit la mention réadaptation : « Elle a pour objet d'assurer au domicile du patient une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée afin de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité. »

De plus, « *Le patient doit recevoir au moins cinq actes de rééducation ou réadaptation par semaine, relevant de la compétence d'au moins deux professions de santé différentes.* »



Naissance du projet

Pour pouvoir mettre en place la mention de réadaptation, l'HAD MBC a donc signé une convention de partenariat avec le Centre Hospitalier de Cholet le 15/04/2024.

Cette convention a permis la mise à disposition d'une équipe de rééducation composée d'un médecin MPR, de 2 kinésithérapeutes, de 2 ergothérapeutes, d'une orthophoniste, et d'un enseignant en activité physique adaptée.

Cette équipe est complétée par une d'infirmière coordinatrice salariée de l'HAD.

Pour développer ce projet, un poste de cadre rééducateur est créé. Je suis arrivé sur ce poste en novembre 2023.

Le séjour du patient

Les demandes d'HAD de Réadaptation peuvent être faites par n'importe quel médecin. Actuellement, elles viennent en majorité du service de rééducation fonctionnelle du Centre Hospitalier de Cholet. Le MCO du Centre Hospitalier de Cholet et quelques médecins traitants nous ont également sollicité.

Une fois la réception de la demande à l'HAD, l'équipe de rééducation accompagnée d'une IDE de liaison de l'HAD effectue une visite à domicile (ou en structure) afin de rencontrer le patient et son entourage.

Cette visite évalue la faisabilité du projet et les besoins de rééducation. Elle permet de recueillir l'accord du patient et de son entourage. Elle réalise également une évaluation de la situation clinique et de l'adaptabilité du domicile. Elle détermine le projet thérapeutique avec les objectifs de rééducation et le plan de soins.

Une fois le projet thérapeutique élaboré, et validé par le médecin de rééducation, le patient entre en HAD de Réadaptation. Le médecin traitant du patient en est informé.

Tout au long du séjour en HAD de Réadaptation, l'équipe de l'HAD assure la coordination entre les différents intervenants du domicile et l'HAD.

Une assistante sociale et une psychologue de l'HAD socle peuvent intervenir en fonction des besoins.

L'équipe de rééducation se réunit de manière hebdomadaire afin de faire le point sur les objectifs de rééducation. Si besoin, le plan de soins est réadapté, et la durée du séjour en HAD est redéfinie en fonction du projet thérapeutique.

La coopération entre l'HAD, les orthophonistes et les kinésithérapeutes libéraux

Le projet de l'HAD MBC est également de développer le lien avec les kinésithérapeutes et les orthophonistes en libéral.

Lors de l'élaboration du projet thérapeutique, avant l'entrée du patient, l'HAD les contacte. Ils peuvent ainsi intervenir pour l'ensemble ou une partie des séances les concernant en fonction de leur souhait.

En février 2024, un accord-cadre entre la Fédération Nationale des HAD (FNEHAD) et les principaux syndicats de kinésithérapeutes (Alizé, FFMKR, SNMKR) a redéfini les conditions de coopération et notamment la tarification des actes en HAD.

La convention entre l'HAD MBC et les kinésithérapeutes libéraux a été donc actualisée avec l'application de ces nouveaux tarifs au 1^{er} mai 2024.

Ainsi les kinésithérapeutes ont maintenant la possibilité de signer cette convention. Également, la lettre de mission définissant leur intervention dans le cadre de l'HAD est mise en place.

Enfin, pour faciliter la coordination, la coopération et pour encourager la traçabilité, une formation au logiciel patient (DPI) DomiLinkHAD et de son application Mobisoins est assurée au sein de l'HAD.

Depuis le mois de mai, les rencontres avec eux se sont multipliées pour leur présenter l'HAD de Réadaptation, les former au logiciel et ainsi améliorer leur implication.

Pour conclure

Le projet de réadaptation au sein de l'HAD Mauges Bocage Choletais s'inscrit dans la dynamique de son projet d'établissement. Il permet de renforcer le partenariat avec le centre hospitalier de Cholet et les intervenants libéraux des patients de son territoire d'intervention.

L'HAD de Réadaptation permet de fluidifier le parcours du patient. Elle permet de répondre au mieux aux problématiques fonctionnels du patient au cœur de son milieu de vie.

La lettre de mission permet d'encadrer la prise en soins du patient et de la formaliser.

Une fois le kinésithérapeute en libéral informé et son accord sur la prise en soins, l'HAD élabore la lettre de mission avec les besoins en soins de kinésithérapie.

Dans cette lettre figurent les informations suivantes : la fréquence des actes de kinésithérapie, le type de séances (palliative, rééducation neurologique, rééducation orthopédique...), et la durée prévisionnelle de la prise en soins.

Le kinésithérapeute valide électroniquement la lettre dans notre logiciel qualité « BlueKanGo », et acte ainsi son engagement de prise en soins.



EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

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

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

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

Connaitre les différents types et méthodes pour choisir la plus adaptée à l'objet et l'objectif de recherche est nécessaire. KINESCOPE 28 annonçait un focus sous forme de ce "dossier L'essentiel" sur la recherche, sur la recherche en kinésithérapie, la recherche par et pour les kinésithérapeutes mais aussi la recherche paramédicale interprofessionnelle et interdisciplinaire à l'instar des pratiques quotidiennes des kinésithérapeutes salariés.

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

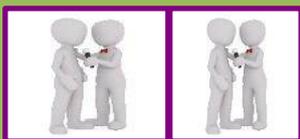
La recherche n'est pas nouvelle dans la profession, dans les professions de santé, même si elle a été longtemps « confisquée » aux paramédicaux. Les Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière & Paramédicale (PHRIP), les sections CNU, l'universitarisation de la formation initiale ... autant de jalons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

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

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

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

RetEx



Au cœur d'une pratique
Portraits, Parcours, Pratiques & Paroles

Céline Bonnyaud
Kinésithérapeute
Professeure Associée PhD, HDR



2023 Qualification aux fonctions de professeure des universités
2022 Habilitation à Diriger les Recherches
2016 Thèse en Sciences du mouvement
2010 Master 2 Recherche Contrôle Moteur
2003 Diplôme d'Etat de Masso-kinésithérapie

Mon parcours professionnel et de formation est d'abord celui d'une clinicienne avec un diplôme d'état de kinésithérapie en 2003 et une activité clinique de kinésithérapeute en service de rééducation neurologique adulte à l'hôpital de Garches (depuis 2004).

Parallèlement, mes activités d'enseignements ont démarré en 2005 en instituts de formation (essentiellement de kinésithérapie mais également d'ergothérapie et infirmières) et depuis 2011 à l'université (depuis l'ouverture du master handicap neurologique). Mon appétence pour l'enseignement m'a fait croître mon volume de cours progressivement.

Mes questionnements cliniques et mon implication en enseignement m'ont poussée à entreprendre une démarche de formation universitaire tournée vers la recherche en Sciences du mouvement.

Ce fut au travers d'un diplôme interuniversitaire de posturologie clinique en 2007 puis un master 2 contrôle moteur en 2010.

La découverte du laboratoire d'analyse du mouvement de l'hôpital et la rencontre de ses protagonistes m'ont offert de nouveaux horizons et l'opportunité de recherches cliniques appliquées.

Huit ans d'activité clinique dont 3 ans de partage avec le laboratoire du mouvement, ont permis l'émergence de questions scientifiques relatives aux problématiques des patients.

L'appétence pour la recherche clinique s'est logiquement traduite par une thèse de doctorat en Sciences du sport, de la motricité et du mouvement humain (après l'obtention d'un contrat doctoral universitaire et une mise en disponibilité de l'APHP).

J'ai eu la chance de pouvoir choisir ma thématique de thèse et construire mon projet en adéquation avec des questionnements relatifs aux Sciences de la rééducation.

J'ai soutenu ma thèse intitulée « Caractérisation de la cinématique et de la trajectoire du centre de masse des patients hémiparétiques lors d'une tâche de navigation » en 2016 (Université Versailles Saint Quentin UVSQ- Paris Saclay).

A l'issue de la thèse, j'ai obtenu un poste en temps plein au laboratoire d'analyse du mouvement de l'hôpital de Garches partageant mon temps entre activités cliniques et activités recherche, et la poursuite de l'enseignement en parallèle.

L'hôpital Raymond Poincaré (GHU Paris Saclay, APHP) est un environnement riche et stimulant plaçant les rééducateurs paramédicaux en acteurs et investigateurs légitimes de protocoles de recherche clinique.

En 2018, nous sommes, avec Samuel Pouplin, mon collègue ergothérapeute PhD, et 2 paramédicaux rééducateurs candidats au doctorat, lauréats de l'appel à projet de l'ARS Ile de France « Accompagnement vers l'émergence d'enseignants-chercheurs bi-appartenants pour les infirmiers et les professionnels de la rééducation ».

Le financement sur 3 ans nous permet alors de dédier davantage de temps à nos activités de recherche et d'enseignements.

Mes projets de recherche se poursuivent dans un continuum des thématiques de recherche cliniques appliquées sur la locomotion des patients hémiparétiques.

En 2020, sous l'impulsion de l'UFR Santé de l'UVSQ, nous créons avec mon collègue Samuel Pouplin, l'Unité de Recherche ERPHAN, dont nous sommes co-directeurs, dans un contexte national d'ouverture de 3 nouvelles sections Santé du conseil national des universités pour les Sciences de la rééducation (CNU91), de la maïeutique (CNU90) et les Sciences infirmières (CNU92).

Le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) voit en notre équipe formée de paramédicaux docteurs en Sciences une opportunité de promouvoir la recherche paramédicale dans un écosystème favorable.

Les grands axes des recherches de l'équipe sont la caractérisation de l'organisation et la compréhension des troubles des patients, l'évaluation des effets des thérapeutiques et, l'innovation en approche évaluative, rééducative et technologique, avec entre autres thématiques la motricité, les Sciences de l'occupation, la ventilation...

En 4 ans, notre Unité s'est développée, nous avons été plusieurs à soutenir notre habilitation à diriger des recherches (HDR), nous avons accompagné de nombreux étudiants dans leurs travaux de recherche en formation initiale, en master, en doctorat.

Nous avons aussi remporté de multiples appels à projet et développé des collaborations au niveau national et international.

Mes thématiques de recherche se centrent sur les adaptations motrices, la locomotion, la stabilité, le contrôle postural, l'évaluation et les pathologies neuro-motrices. La majorité des études que je mène portent sur la locomotion de sujets hémiparétiques, atteints d'une maladie musculaire rare ou d'une sclérose en plaques, ou sur leur contrôle postural.

Il est important de souligner que les recherches ne peuvent se faire seul et que la complémentarité des profils et l'accompagnement de jeunes chercheurs sont des conditions importantes. Aussi la complémentarité d'une connaissance du terrain en clinique et des données de la littérature sont un fort atout et donne du sens aux recherches en Sciences de la rééducation réadaptation.

Céline Bonnyaud

A NOTER

JNKS 2024 NANTES

mercredi 25 septembre
après-midi

consacré
à des interventions

« recherche
et
innovation »

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 "Théséz-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 *Théséz-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.



ROBOTIQUE, NUMERIQUE, INTELLIGENCE ARTIFICIELLE & KINESITHERAPIE SALARIEE

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



Comment peut-on continuer à enseigner la stratégie à l'ère des IA ? Pourquoi apprendre des trucs à l'ère des IA ?

Et bien oui. Si nous rentrons dans une époque où les machines savent tout, où elles peuvent répondre à tout.

Si nous rentrons dans une époque où, qu'elle que soit la question, on peut obtenir une réponse fiable, solide, et rapidement, pourquoi continuer à se former ?

Et bien la raison est simple.

Il y a une confusion entre connaissances et compétences. Une connaissance, c'est un savoir. Connaître l'alphabet.

Une compétence, c'est une connaissance mise en actions. Savoir lire.

Il y a plusieurs types de connaissances, et 3 grands types de compétences : micro, meso, macro.

Les IA sont entraînées. Elles ont donc une quantité faramineuse de connaissances. Mais elles ont aussi certaines compétences.

Dans quelque temps, clairement, il y aura des IA qui seront capables de répondre à toutes nos questions, mais cela ne nous rendra pas plus intelligents, pas plus compétents.

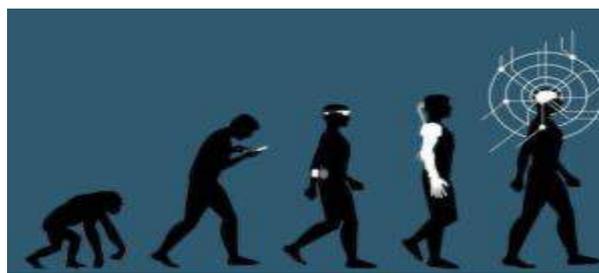
L'usage des IA va nécessiter de plus en plus de compétences de notre part, tout d'abord en amont, pour les solliciter correctement, puis en aval, pour utiliser les résultats des prompts générés par ces IA.

Poser une bonne question, c'est bien ; comprendre la réponse et savoir l'utiliser, c'est mieux.

Que l'IA sache faire des trucs ne signifie pas que nous, nous savons.

C'est l'écart entre connaissances et compétences.

Donc oui, continuez à vous former, continuez à acquérir des compétences, cela vous permettra de faire la différence avec ceux qui arrêteront, et il va y en avoir.





Des doutes face à l'IA ?
Mais vous étiez où ces deux
dernières années ?

On n'arrête pas de le dire.

On le répète jours après jours.

Oui, l'IA générative est une révolution.

Mais non, l'IA n'est pas nouvelle.

Non, elle ne résoudra pas tous vos problèmes.

Non, elle ne fera pas tout à votre place.

L'IA, ce n'est pas de la magie.

La technologie n'est jamais la solution à tous nos problèmes.

Et la clé de tout ne se situe pas dans l'IA elle-même, mais dans ses usages.

Alors oui, beaucoup de métiers vont changer.

Mais non : l'IA ne vous remplacera pas.

Ce qui vous remplacera, ce n'est pas l'IA. C'est quelqu'un qui l'utilisera mieux que vous.

Apprenez.
Désapprenez.
Recommencez



"Avec l'intelligence artificielle, seulement 65 à 75 % des citations proposées étaient exactes...".

Indique une recherche réalisée par une équipe chinoise en juillet et août 2023 et publiée début avril 2024 dans "Journal of Medical Internet Research" (*) suite à prompts sur ChatGPT-3.5 en juillet/août 2023).

"Les LLM (Large Language Models) outils d'aide à l'écriture, d'articles entre autres, ne sont pas encore suffisamment fiables pour les citations ! mais pour combien de temps ?".

Dans cette étude Il s'agissait d'écrire l'introduction de 5 articles en sciences naturelles et 5 articles en sciences humaines. ChatGPT a généré 102 références que les auteurs ont analysé et repéré nombre d'erreurs

Il faut donc, en 2024, être très attentif et contrôler l'existence de ces citations mais aussi leur pertinence. Les LLM peuvent inventer des références en compilant des éléments exacts : auteurs, titres et références existant dans plusieurs publications.

Des progrès sont attendus : mais pour quand ? Cela peut aller très vite.

(*) Les journaux du groupe JMIR ont, à ce jour, publié bientôt 150 articles sur l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la santé. Le JMIR, qui a 25 ans, est le meilleur journal de la discipline 'Medical Informatics'.

« Mais pourquoi avons-nous eu besoin d'inventer l'intelligence artificielle » ? interroge Gabriel Halpern, philosophe

L'IA fait régulièrement la Une de l'actualité. Pour certains, elle est une opportunité, pour d'autres une menace. De nombreux débats secouent la société sauf le plus fondamental estime dans cette chronique la philosophe Gabrielle Halpern.

Le World AI Cannes Festival (WAICF), - un Salon mondial dédié à l'intelligence artificielle - vient de s'achever à Cannes, et d'autres rendez-vous importants sont prévus dans les mois à venir en France et ailleurs dans le monde pour parler de cette technologie. L'occasion de réfléchir à ce que l'IA signifie pour l'être humain. Pourquoi avons-nous eu besoin d'inventer l'intelligence artificielle ?

Ni ailes, ni cornes

Lorsqu'il est apparu dans le monde, l'être humain s'est vu relativement peu avantagé par rapport aux autres animaux qui l'entouraient. La nature, écrivait le philosophe allemand Emmanuel Kant, n'a donné à l'être humain, ni les cornes du taureau, ni les griffes du lion, ni les crocs du chien, ni les ailes de l'oiseau. Comment survivre dans de telles conditions dans le vaste monde ?

Comment se protéger contre des prédateurs et se défendre sans être à armes égales ? Comment faire face aux phénomènes naturels et s'y préparer ? Peu gâté par la nature, l'être humain n'a tout de même pas été complètement ignoré par elle, puisqu'elle l'a doté de mains et d'une intelligence.

Mais comment ces attributs allaient-ils pouvoir permettre à l'être humain de se débrouiller ? Seraient-ils suffisants ? Sans compter que si nous bénéficions de cinq sens, ces derniers sont relativement peu développés comparés au flair du chien, à l'acuité visuelle de l'aigle et à l'ouïe de la chauve-souris ou du dauphin !

Comment dès lors notre intelligence allait-elle pouvoir faire face au monde en s'appuyant sur des données aussi fragiles, aussi partielles et aussi limitées que celles que nous apportent nos cinq sens ?

L'IA prolongation du silex, de la hache et de la lunette

L'être humain était dépourvu de griffes, de cornes, d'ailes et d'écailles, mais qu'à cela ne tienne, loin de se décourager, avec son intelligence et ses mains, il allait se lancer dans la fabrication d'outils propres à décupler ses forces et à pallier ses failles. Silex, marteau, hache...

Mais si tous ces dispositifs, - ces prothèses, en quelque sorte -, lui permettaient de jouer à peu près à armes égales avec les autres animaux, il demeurerait un problème de taille : la finitude de ses cinq sens, leur tendance à tomber trop facilement dans des illusions optiques et la pauvreté des informations qu'ils étaient à même de lui apporter du monde extérieur pour mettre en branle son intelligence et se transformer éventuellement en connaissances.

"Tout semble se passer comme si nous ne voulions plus seulement comprendre le monde et le rendre moins imprévisible, mais aussi le maîtriser, le dominer et le recréer à notre image".

Il fallait donc aller plus loin : faire progresser les sciences et imaginer de nouveaux outils. Lunette, télescope, stéthoscope... Mais les informations apportées par ces instruments étaient encore trop éparses, trop peu nombreuses et trop difficiles à analyser.

Cela ne lui permettait pas encore de bien saisir le monde pour l'affronter. Il fallait qu'avec ses mains et son intelligence, il imagine une manière de décupler le nombre de ses données, de les analyser le plus rapidement possible et d'être même en mesure de prédire ce qui allait arriver en calculant des probabilités.

Alors, il a développé des technologies à même de répondre à son désir de connaître le monde et d'apaiser son instinct de survie. D'ailleurs, les entreprises ne sont pas si différentes des êtres humains ; elles utilisent des technologies telles que l'intelligence artificielle dans l'espoir de mieux comprendre le monde dans lequel elles se développent. Plus qu'un outil, l'IA serait en passe de devenir un symbole pour l'être humain de ce qui pourrait l'aider à vivre, à survivre.

Mais une question se pose aujourd'hui : si nous étions en danger face à la Nature d'il y a des millénaires, ce danger est-il toujours le même et les rapports de force ne se sont-ils pas inversés ?

Si les menaces qui pèsent sur l'être humain ne sont plus les mêmes, cela signifie que ces outils jouent alors progressivement un autre rôle.

Tout semble se passer comme si nous ne voulions plus seulement comprendre le monde et le rendre moins imprévisible, mais aussi le maîtriser, le dominer et le recréer à notre image.

Nos efforts pour nous éloigner du monde animal, en rejetant "le bestial" en nous, pour reprendre les mots de l'éthologue Jessica Serra, et nous rapprocher du divin pose question.

Au commencement, Dieu a créé le monde, puis l'homme a entrepris de recréer le monde... En cherchant l'immortalité, l'omniscience et l'omnipotence pour ressembler à des dieux, allons-nous perdre notre singularité d'êtres humains ?

Gabrielle Halpern Philosophe
et auteur de "Tous centaures ! Eloge de l'hybridation"

Retrouvez sa tribune en intégralité publiée par
Décideurs Magazine #IA #IAgénérative #ChatGPT



Le SMR de Beaurouvre recrute!



MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE H/F EN CDI OU CDD



Dans un cadre verdoyant à 25km de Chartres et 1h15 de Paris, le Centre de Rééducation de Beaurouvre accueille des patients souffrants de pathologies neurologiques, de pathologies de l'appareil locomoteur et des personnes âgées pluri-pathologiques. Établissement à taille humaine de 97 lits.

MISSION/ACTIVITÉS

- Réaliser des bilans
- Fixer les objectifs et le programme thérapeutique
- Évaluer les évolutions des personnes accueillies
- Contribuer au développement de la qualité et participer à la bonne tenue du dossier patient
- Savoir s'impliquer au sein d'une équipe pluridisciplinaire
- Procéder au codage du PMSI



EQUIPEMENT

Tapis Ema, , Portique de marche robotisé Andago, Réaplan, Arméo Spring, Exosquelette,...

CONDITIONS PARTICULIÈRES

39 heures hebdomadaires - 14 mois de salaire
20 jours RTT - 25 CA - Convention Collective UCANSS
CE actif - Avantages divers
Possibilité d'hébergement temporaire
Possibilité d'exercice mixte et à temps partiel

CONTACT

Camille Delahaie-Ruellan

camille.ruellan@ugecam.assurance-maladie.fr

L'Hôpital Léon Bérard recrute : Masseur-Kinésithérapeute

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

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

A pourvoir immédiatement

Les + HLB :

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

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



Hôpital Léon Bérard
Réhabilitation spécialisée

Etablissement de soins médicaux et de réadaptation pour adultes spécialisé :

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

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



[SANTÉ DES SOIGNANTS]

Lorsque l'on aborde la santé des soignants,
il y a de toute évidence des tabous, et ils sont nombreux !

En effet, investiguer ce sujet c'est ouvrir la porte à la fois sur des habitudes historiques ancrées dans les pratiques comme le culte de l'invincibilité soignante (Vous vous souvenez ? Les super-héros !) mais également des comportements de santé individuels paradoxaux allant à première vue contre le bon sens (la formation scientifique du soignant lui-même permet a priori de mesurer tous les risques santé)

En cela, les tabous à lever sont nombreux

- ☞ D'abord parce que ce n'est pas simple de libérer la parole d'acteurs pour qui ce n'est pas une habitude. Le déni de soi est encore une réalité des blouses blanches ;
- ☞ Puis, en particulier lorsque l'on parle des addictions, l'on touche à des sujets complexes qui remettent en cause la toute-puissance du soignant dans son quotidien : maîtrise de soi, qualité et sécurité des soins, actes relevant de la justice dans certains cas comme le mésusage de médicaments, le détournement d'ordonnances, les VSS...
- ☞ Enfin, parce que c'est une remise en question globale du système de santé tandis que l'attractivité, la fidélisation et la bonne condition physique/psychique de ses ressources humaines sont ses premiers défis à relever déjà aujourd'hui mais aussi demain afin d'en assurer la pérennité.

La rentrée 2024 doit nous permettre de poursuivre les actions engagées au profit de la santé des soignants et améliorer la visibilité publique de ce sujet afin que les tabous disparaissent.

L'objectif ? Faire de la santé de ceux qui prennent soin de nous une priorité nationale de santé !

ENSEMBLE améliorons la santé, NOTRE santé de soignant

Alexis Bataille-Hembert
Infirmier
Conseiller paramédical MNH-BIC

Autre tabou : la violence subie au travail entre collègues, collaborateurs ou supérieurs et/ou de la part du public que l'on prend en charge.

Les collègues victimes de d'incivilités, d'injures, de violences physiques se confient peu spontanément, déclarent voire déposent plainte trop rarement. Ces agressions sont vécues comme si "il fallait faire avec", que cela est compris dans les conditions de réalisation du métier. Les incidences de ces comportements, tant sur la santé mentale que sur la santé physique des soignants victimes, sont délétères et génèrent une souffrance au travail qui conduit à la déprime, à la dépression, au burn out ...

Selon les résultats 2020 de l'enquête SUMER de 2017 (Direction générale du travail DGT - Dares - ministère du Travail en partenariat avec la DGAFP - Direction générale de l'administration et de la fonction publique) portant sur 25000 travailleurs :

- 8 % déclaraient avoir subi des agressions verbales ou physiques/sexuelles au cours des 12 derniers mois de la part des collègues/supérieurs.
- 18 % de ceux en contact avec le public (usagers, patients, voyageurs) déclaraient en avoir subi de la part du public (de vive voix ou par téléphone).

Les plus exposés travaillent dans la fonction publique (FP) :

- FP hospitalière : respectivement 11 % et 31 %
- FP d'état (ministères, préfectures, établissements scolaires) : 9 % et 31 %

Les causes des agressions - entre agents - sont fortement liées aux modalités d'organisation du travail :

Horaires atypiques et contraintes horaires importantes, travail à flux tendu, manque de moyens et d'effectifs, Changements organisationnels, impossibilité d'échanges avec les collègues/supérieur hiérarchique en cas de difficulté.

En parler c'est bien et c'est utile !

Agir pour limiter les facteurs de risque et actionner des leviers protecteurs c'est mieux et c'est nécessaire !

Se faire aider quand - dès que - ces situations surviennent

Pour en savoir plus :

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/prevention-des-risques/violence-hopital-solutions-onvs>

<https://www.youtube.com/watch?v=KdmOVZ8HY0w>

<https://www.qwant.com/?client=brz-moz&q=violence+%C3%A0+lhopital+fiches+reflexes&t=web>

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

J'APPELLE LE NUMÉRO VERT SPS 24H/7J

0 805 23 23 36

Service & appel
gratuits

100 psychologues de la plateforme



PROS-CONSULTE
 Groupe Marway



JE TÉLÉCHARGE
L'APPLICATION
ASSO SPS

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

Un dispositif de

association
SPS
Soins aux Professionnels de la Santé

En partenariat avec

cnks

Lancement d'une stratégie dédiée à la #prévention en santé avec l'#innovation comme levier et ouverture du #ChallengePrévention, 1e action du volet démonstration de la valeur !

#France2030 et son volet santé, le plan #InnovationSanté2030, doivent permettre de préparer la santé du futur. En complément des actions menées sur les biothérapies et la bioproduction, sur les maladies infectieuses émergentes, la santé numérique et les dispositifs médicaux innovants, la prévention est un défi pour notre nation afin de permettre à chacun de vivre plus longtemps et en bonne santé. Définie avec les ministères chargés de la recherche, de la santé et de l'industrie et en cohérence avec la politique de prévention déjà déployée, une stratégie d'accélération dédiée est aujourd'hui lancée.

Dotée de 170 millions d'euros, cette stratégie sera pilotée par l'agence de l'innovation en santé et a pour ambition de promouvoir et soutenir le développement de dispositifs innovants dont l'efficacité est démontrée, intégrant des produits et technologies de santé, issus de collaborations entre les secteurs de la santé, de la recherche et des industriels, au service de la prévention et des objectifs de santé publique. Elle comporte trois axes principaux, afin d'agir tout au long de la chaîne de valeur d'une intervention préventive : recherche, démonstration de la valeur et industrialisation.

communiqué de presse en résumé

"Challenge prévention - démonstration de la valeur des innovations en vie réelle"

Au cœur de la stratégie prévention, cet AAP doit permettre la démonstration de la valeur de projets d'envergure, et ainsi permettre de faire émerger ou identifier des modèles économiques permettant la prise en charge pérenne d'innovations en prévention autour d'enjeux de santé publique prioritaires (maladies chroniques, santé de l'enfant, santé mentale, ...).

Issu d'une large concertation des acteurs publics et privés intervenant dans le domaine, il fera l'objet de plusieurs relèves, dont la 1e est fixée au 10 décembre. Les projets retenus seront financés sur une période allant de 12 à 48 mois maximum pour une assiette de dépenses prévues entre 5 et 10 millions d'euros.

Avis aux porteurs de projets, pour tout savoir de cet AAP, tout est détaillé ici : <https://lnkd.in/gHC4V8Hx>

2 webinaires seront par ailleurs organisés fin septembre et en octobre #staytuned



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Paris, le 28 août 2024

France 2030 : mobiliser l'innovation au service de la prévention en santé, un axe clé pour accompagner la transformation du système de santé

Pour améliorer la santé des citoyens et faire face aux enjeux d'efficacité, de qualité et de performance de notre système de santé, la prévention est un pilier central des politiques publiques de santé. Afin de répondre à ces enjeux, les pouvoirs publics lancent une stratégie dédiée à la prévention, dotée de 170 millions d'euros dans le cadre du volet santé de France 2030. À cette occasion, un premier appel à projets est ouvert : « Challenge prévention : démonstration de la valeur des innovations en vie réelle ».

Le plan innovation santé 2030, volet santé de France 2030 a pour ambition de faire de la France un pays leader et souverain en santé. Plus concrètement, il s'agit de développer et produire en France les meilleurs traitements pour les patients, de s'appuyer sur les technologies et les innovations pour améliorer l'organisation des soins et la performance de notre système de santé. Depuis son lancement, 4 priorités ont bénéficié d'une stratégie dédiée : thérapies et bioproduction ; maladies infectieuses émergentes et menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ; santé numérique ; dispositifs médicaux innovants.

Pour vivre plus longtemps et en bonne santé et faire face aux enjeux d'efficacité, de qualité et de performance de notre système de santé, il s'agit plus que jamais de retarder l'apparition et limiter l'aggravation de maladies et d'incapacités, sources de dépendance et de recours aux soins et/ou à une prise en charge médico-sociale. La prévention doit donc être au cœur des nouvelles politiques publiques de santé.

170 MILLIONS D'EUROS POUR LA PREMIÈRE STRATÉGIE : « INNOVATION EN PRÉVENTION »

Le ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, avec l'Agence de l'innovation en santé et le secrétariat général pour l'investissement, lancent une stratégie dédiée à l'innovation en faveur de la prévention en santé, en convergence avec la politique de prévention déjà déployée. Cette stratégie sera pilotée par l'Agence de l'innovation en santé et en lien avec les administrations concernées, et dotée de 170 millions d'euros dans le cadre de France 2030. Elle s'inscrit dans une approche intersectorielle des déterminants de santé des populations dans leurs environnements de vie (école/éducation, travail/entreprise, lieu de vie/famille etc.), en cohérence avec l'approche dite « Une seule santé » (« One Health ») et avec les objectifs de santé publique de la stratégie nationale de santé.

Cette stratégie a pour ambition de promouvoir et soutenir le développement de dispositifs innovants dont l'efficacité est démontrée, intégrant des produits et technologies de santé, issus de collaborations entre les secteurs de la santé, de la recherche et des industriels, au service de la prévention et des objectifs de santé publique.

Elle est structurée autour de trois axes principaux, afin d'agir tout au long de la chaîne de valeur d'une intervention préventive couvrant la recherche, la démonstration de la valeur et le soutien à l'industrialisation :

- **Axe 1 « Recherche »** : Un programme de recherche, piloté par l'INSERM – agence de programme « Santé », permettra d'intensifier la recherche sur la compréhension de l'impact sur la santé des facteurs environnementaux au sens large (chimiques, biologiques, physiques, comportementaux, etc.).
- **Axe 2 « Démonstration de la valeur »** : L'appel à projets « Challenge prévention : démonstration de la valeur des innovations en vie réelle » mobilisera l'innovation au service de la prévention. Il fera l'objet de plusieurs relèves, dont la première aura lieu le 10 décembre prochain (voir infra).
- **Axe 3 « Industrialisation »** : L'accompagnement et le soutien, via l'appel à projets « Industrialisation et Capacité Santé 2030 » de projets visant le développement de technologies innovantes ayant fait leurs preuves, permettant de sécuriser sur le territoire national les filières industrielles d'intérêt dans le domaine de la prévention, notamment dans les domaines du diagnostic et du dépistage.

UN PREMIER APPEL À PROJETS « CHALLENGE PRÉVENTION : DÉMONSTRATION DE LA VALEUR DES INNOVATIONS EN VIE RÉELLE » OUVERT

Alors que le système de santé fait face à d'importants défis en termes démographiques et financiers, seul le déploiement d'actions de prévention assurera sa soutenabilité et sa pérennité. Dans ce domaine, l'innovation, en réponse aux enjeux de santé publique, peut permettre de trouver des solutions afin d'améliorer la santé des citoyens et de nous assurer d'un système de santé durable.

Cet appel à projets, opéré pour le compte de l'État par Bpifrance, vise à mobiliser l'innovation au service de la prévention afin d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des citoyens, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé 2023-2033.

Ainsi, dans la continuité des actions qui ont été menées, ce dispositif, issu d'une large concertation des acteurs publics et privés intervenant dans le domaine, doit permettre, à travers la démonstration de la valeur de projets d'envergure, de faire émerger ou identifier des modèles économiques permettant la prise en charge pérenne de la prévention autour d'enjeux de santé publique tels que :

- La lutte contre l'infertilité
- La santé de l'enfant
- La santé mentale
- La prévention de la perte d'autonomie
- Les maladies chroniques (cancers, diabètes, maladies cardio-vasculaires et cardiométaboliques, maladies neurodégénératives...)
- La promotion des comportements favorables à la santé, éducation à la santé, alimentation, activité physique (incluant l'APA), addictions (tabac, alcool, drogues...), sommeil, écrans, éducation à la vie affective et santé sexuelle
- La vaccination et la prévention des maladies infectieuses
- Les maladies rares et notamment dépistage néonatal et diagnostic des maladies rares

Ce dispositif s'adresse à des projets, préférentiellement portés par des consortiums, qui devront mettre en œuvre des dispositifs innovants en prévention intégrant des technologies et/ou produits de santé innovants pouvant faire intervenir des combinaisons d'innovations (techniques, biotechnologiques, numériques, organisationnelles ou interventionnelles). Ils seront accompagnés d'un protocole détaillé permettant de démontrer la valeur apportée par ces dispositifs en vie réelle.

L'appel à projets fera l'objet de plusieurs relèves, dont 4 sont programmées d'ici à 2026. Les projets retenus seront financés sur une période allant de 12 à 48 mois maximum pour une assiette de dépenses prévue entre 5 et 10 millions d'euros. Afin de répondre aux questions des porteurs de projets intéressés et de leur présenter en détail le dispositif, deux webinaires vont être organisés dans les semaines qui viennent, un premier fin septembre et le second dans le courant du mois d'octobre.

Compte tenu de la spécificité de cet appel à projets, et afin d'anticiper et préparer le système de santé aux

évolutions qui pourraient être nécessaires à un futur déploiement national et à la prise en charge des projets retenus, un comité stratégique composé de différents organismes et institutions intervenant dans le champ de la prévention sera impliqué dans la procédure de sélection, l'accompagnement et le suivi des projets.

Pour la 1^{re} relève, le dépôt des candidatures est ouvert jusqu'au 10 décembre 2024 à 12h00 (midi, heure de Paris). Toutes les informations sont disponibles sur le site de Bpifrance : [Challenge prévention : démontrer la valeur des innovations en vie réelle | Bpifrance](#)

Contacts presse

Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique : presse@industrie.gouv.fr

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités : scg.presse.sabonne@sante.gouv.fr

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche : press@enseignementsup.gouv.fr

Secrétariat général pour l'investissement : sgis@sgipem.gouv.fr

Agence de l'innovation en santé : finance.gain@inns.gouv.fr

Bpifrance : cmss@bpifrance.fr

À propos du plan d'investissement France 2030

- Traduit une double ambition : transformer durablement des secteurs clés de notre économie (santé, énergie, automobile, aéronautique ou encore espace) par l'innovation technologique, et positionner la France non pas seulement en acteur, mais bien en leader du monde de demain. De la recherche fondamentale, à l'émergence d'une idée jusqu'à la production d'un produit ou service nouveau, France 2030 soutient tout le cycle de vie de l'innovation jusqu'à son industrialisation.
- Est inédit par son ampleur : 54 Md€ seront investis pour que nos entreprises, nos universités, nos organismes de recherche, réussissent pleinement leurs transitions dans ces filières stratégiques. L'espoir : leur permettre de répondre de manière compétitive aux défis écologiques et d'attractivité du monde qui vient, et faire émerger les futurs leaders de nos filières d'excellence. France 2030 est défini par deux objectifs transversaux consistant à consacrer 50 % de ses dépenses à la décarbonation de l'économie, et 50 % à des acteurs émergents, porteurs d'innovation, sans dépenses défavorables à l'environnement (au sens du principe Do No Significant Harm).
- Est mis en œuvre collectivement : pensé et déployé en concertation avec les acteurs économiques, académiques, locaux et européens pour en déterminer les orientations stratégiques et les actions phares. Les porteurs de projets sont invités à déposer leur dossier via des procédures ouvertes, exigeantes et sélectives pour bénéficier de l'accompagnement de l'État.
- Est piloté par le Secrétariat général pour l'investissement pour le compte du Premier ministre et mis en œuvre par l'Agence de la transition écologique (ADEME), l'Agence nationale de la recherche (ANR), Bpifrance et la Banque des Territoires

Plus d'informations sur : france2030.gouv.fr | presentation.de.l'agence.i.info.gouv.fr | jeSGI@economie.gouv.fr

ASSO VIE de l'ASSO SCOPE



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

Composition & calendrier :

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





scope

cnks

— Vecteur d'idées & lien
— des kinésithérapeutes salariés

" 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 un très grand merci à nos partenaires *
KINESCOPE 2024 & JNKS NANTES 2024

*Retrouvez les ci-contre, dans l'encart PROGRAMME JNKS
& sur leurs stands à l'hôpital St Jacques lors des JNKS 2024 NANTES*

