Kinéscope

La lettre & l'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Apostille

Sommaire

- **PERISCOPE** *p.1*
- **TELESCOPE** *p .2 à 7*
- **PRATICOSCOPE**
  - ✓ **ACCUEIL en STAGE & ATTRACTIVITE (suite 2/3) & DEVELOPPER L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE ET SITUATIONNELLE DE L'ETUDIANT** *p. 8 à 13*
- **DOSSIERS au MICROSCOPE**
  - ✓ **TELESOIN** *p. 13 à 22*
  - ✓ **PA / AS & A / IA** *p. 22*
  - ✓ **SSR** *p. 23 à 36*
- **EVENEMENTS** *p. 37*

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

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

Périscope

Pierre-Henri HALLER, Président

Face à l'imprévisibilité et à l'incertitude, tenir ensemble

Le propre d'une situation sanitaire exceptionnelle est qu'elle convoque des situations inédites.
Ce qui ne pouvait être que de l'ordre de la science-fiction est aujourd'hui une réalité du quotidien.
Ce qui était de l'ordre de l'exception ou de la rareté devient chaque jour un quotidien.

Nous sommes confrontés aujourd'hui à un quotidien imprévisible et un avenir incertain. Nos repères nos espérances se trouvent heurtés à nouveau par des réalités complexes et des opinions divergentes.

Que pouvons-nous faire ? Que devons-nous faire ?
Cette question est le fondement de l'éthique, cette sagesse pratique d'un vivre ensemble.

Comment nous soutenir mutuellement et faire face ?
La résilience tente de répondre à cette autre question par la force le lien collectif.
Un collectif abîmé par l'éloignement, par la menace et par l'avenir incertain. Mais un collectif force de résistance face l'adversité.
Puissions-nous contribuer à ses biens, à ses relations, qui permettent de penser le quotidien impensable et de penser aujourd'hui la kinésithérapie salariée de demain.

Merci tous les contributeurs de ce KINESCOPE d'alimenter nos réflexions et nos actions.
A bientôt de vous lire ou de vous voir aux STKS pour nourrir ces liens face à l'incertitude et l'imprévisible.

KINESCOPE s'efforce d'en témoigner mensuellement.
Votre intérêt, votre participation voire votre engagement sont essentiels et nous renforcent quotidiennement.

Kinéscope
La lettre
& l'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés

Téléscope

A PROPOS DE L'IMPREVISIBLE

De l'imprévisible à l'imprévu

La découverte, c'est la confrontation à un existant « couvert » invisible dans le temps, qui devient visible spontanément ou à l'occasion d'une manœuvre qui le révèle à une personne ou à un animal. Il en est ainsi de certaines maladies invisibles qui se révèlent sans signes préalables annonciateurs et sont de ce fait imprévisibles.

Une fois révélé, l'imprévisible surprend et génère des réactions émotionnelles sur le porteur et sur son entourage ; chacun y voyant une forme de rupture dans la continuité de l'existant. Rupture dans sa façon de vivre, par la réduction de ses activités, mais surtout rupture dans l'impression d'invulnérabilité qui l'habitait jusqu'alors. Le rapport au temps varie dans son appréciation. La prise de conscience de sa mortalité possible, devient source d'inquiétude. Au-delà de l'individu receveur de l'imprévu, ce sont tous les cercles de la famille, des amis, des relations qui sont interpellés à des degrés divers chacun se projetant un peu lui-même à la place du principal concerné par l'imprévu.

L'imprévisible casse la continuité, la routine, surprend la vie habituelle rythmée. Il y a un « hiatus » dans la projection que l'on se faisait de son futur, le sens qui était le fil conducteur de vie est étiré jusqu'à la rupture pour la survie. L'imprévisible a transformé le changement, qui jusqu'alors n'était qu'une modification de forme pour une continuité, en une modification du sens donné à « vivre » ; une rupture qui nécessite de construire de nouvelles valeurs, de nouveaux axes forts pour avoir des balises entre lesquelles il faut avancer. L'imprévisible est craint car on ne le connait pas, il dérange ; c'est aussi un puissant stimulateur de réactions c'est en ce sens qu'il est positif pour rebondir face à la négatricité qu'il évoque.

L'émotion produite par sa découverte est d'autant plus renforcée que l'imaginaire est alimenté par de multiples sources, les unes approximatives car fondées sur des données générales dont certaines sont franchement erronées par rapprochement abusif à des situations de « cousinage ». L'approche individuelle et rationnelle des faits, confrontée à des savoirs vérifiés, permet de limiter la dispersion et l'invasion de la pensée par un imaginaire fantasmagorique. Elle permet l'échange plus serein entre locuteurs et favorise l'expression d'un choix sur ce qu'ils privilégient dans cette nouvelle situation. Mais, le rationnel nous enferme dans un univers mécaniste, loin de la réalité du vivant.

En fait l'imprévisible peut être regardé comme un accélérateur de vie ou au contraire comme un destructeur ; selon que l'on considère le bonheur comme une démarche de projet ou comme synonyme du maintien d'un « statu quo ». Comment trouver l'énergie pour démarrer de nouvelles conditions de vie qui apparaissent nécessairement plus difficiles voire même qui peuvent être perçues comme s'opposant à la vie elle-même ? Certes le dosage sera déterminant dans la capacité à absorber la rupture brutale de mode de vie.

L'apprivoisement d'un changement rupture est difficile si le tunnel parait sans fin et débouche

sur un néant ; mais la perspective d'un challenge dont nous pouvons ressortir gagnant avec d'autres perspectives de vie constitue aussi un objectif répondant à nos valeurs.

Vivre c'est prendre des risques, sinon c'est une non-vie. Le défi à relever face à un nouvel obstacle renforce notre sentiment fort d'être au monde.

L'imprévisible une donnée vitale pour l'homme

L'imprévisible c'est le propre de la vie depuis la naissance jusqu'à la mort. Chaque jour nous essayons d'échapper à l'imprévu en organisant des activités pour rationnaliser et éviter les surprises sans y parvenir totalement, car le jeu des interactions démultiplie les risques de rencontre avec de l'inattendu. La démographie croissante de la population des hommes ne cesse d'amplifier cette imprévisibilité par le jeu de la complexité et des réactions systémiques.

Cet accroissement contribue à une angoisse que l'on tente de contrer par du rationnel qui à son tour amplifie la déshumanisation en développant l'aspect mécanique. Notre société actuelle, fière de ses progrès technologiques espère échapper à l'imprévisible. Les machines perfectionnées capables de reproduire les gestes des humains sans fatigue et sans erreur deviennent des modèles de notre fonctionnement pour échapper à l'imprévisible. Mais ce ne sont pas des êtres vivants, mortels.

La mort est la seule certitude que nous ayons à propos de notre vie ; mais nous ne savons pas à priori quand elle aura lieu et c'est encore une forme d'imprévisibilité.

Face à cet imprévisible, nous pouvons développer un sentiment d'injustice. Nous vivions depuis un certain temps avec du confort, une certaine tranquillité adossée à l'habitude sans aucun écart. Cette routine apporte de la sécurité, et il est facile de s'y glisser comme dans une couette bien douillette en se projetant ainsi sans durée avec un temps constant et immobile. Et l'imprévisible en arrivant, casse ce temps indéfini et le rend chronologique. La vie nous surprend avec ses cassures qui nous renvoient à notre mortalité. Notre conscience qui était en mode veille reprend sa pleine activité et y associe nos réflexes de protection, de survie. Pourquoi la rupture arrive-t-elle à ce moment, et pourquoi sur moi ? Pourquoi les autres sont-ils épargnés et encore dans leur bulle ? Quelle cause est à l'origine de cette turbulence ? Quelle faute ais-je pu commettre pour avoir ça ? Est-ce vraiment le fait du hasard ou s'agit-il de la traduction d'une perturbation génétique révélée tardivement ou d'un conflit interne ?

Nous découvrons que nous ne maîtrisons pas notre corps, nous pensions le connaître le diriger par le sport, l'alimentation et voilà qu'il nous échappe, qu'il nous met en péril. En fait, nous dissocions plus encore notre pensée de notre corps. L'objet corps nous échappe et nous pouvons arriver à le considérer comme étrange et étranger à nous.

L'imprévisible questionne le Hasard, qui ferait que pour chacun d'entre nous existerait une chronologie déterminée à l'avance, encadrant ainsi nos parcours de vie. De telle sorte que les changements liés à de simples rencontres fortuites en apparence sont en fait des éléments du programme qui se déroule tout simplement. Notre marge d'initiatives personnelles serait extrêmement limitée.

Pour Roland Gori « La plupart des découvertes scientifiques et artistiques majeures l'ont été à partir de l'émergence de « cygnes noirs (2) » dans la théorie. » (1) Le cygne noir correspond pour Nassim à un événement imprévisible pour les théories en cours. « L'expérience ne fait pas tout, le hasard aveugle ouvre un champ d'incertitude et d'indétermination »

« La Nature, installée en lieu et place de la Providence divine à laquelle dans la modernité elle succède, aurait pour finalité essentielle la conservation et l'équilibre du vivant dont l'humain et ses sociétés font partie. » (1)

L'évolution (dans le sens de Darwin) comprend toujours une part d'imprévisible. Il ne s'agit pas d'un projet créé de toutes pièces et maîtrisé par l'homme sans aucune variation possible. L'évolution est la résultante des facteurs propres aux espèces vivantes et à leur environnement ; ainsi la longévité est dépendante de l'alimentation, de la conscience qui évite les accidents, des gènes dont sont porteurs les individus et de la présence de mutations potentielles qui du fait d'un événement extérieur peuvent se révéler.

L'imprévisible c'est aussi ce qui a déjà existé et dont nous pensons qu'il ne peut revenir. Pour Roland Gori c'est le cas du Nazisme. Lors du procès des exécuteurs nazis on s'est interrogé sur leur absence de responsabilité et de culpabilité. En fait les problèmes qui se posent à eux avant les mises à mort sont de l'ordre « instrumental » (2); ils ne leur créent pas de tracas moraux.

A partir de cet exemple nous pouvons comprendre que plus l'humain est confronté à la résolution de taches pratiques, à la technologie, plus il s'éloigne de sa qualité d'humain. Sa capacité critique s'émousse et il rentre alors dans une logique de répétition, de prévisibilité d'inadaptation au changement et à l'imprévisible. Plus il est dans le réel immédiat plus il sera surpris et perturbé par ce qu'il ne peut prévoir. On assiste à un déficit de « penser »le passé de donner du sens à une histoire en la confrontant au présent.

Et si l'imprévisible n'existait pas ?

Tout serait déjà programmé, nous serions les marionnettes d'un Destin qui nous laisserait croire que ce que nous vivons est le pur produit de notre libre arbitre. Nous serions des êtres disposant de plusieurs vies, humaines voire même animales et pourquoi pas aussi végétales.

Les croyances diverses de ce type sont légions dans différentes cultures et religions.

Des sociétés ont bâti leurs organisations sur des croyances qui permettent à des millions de personnes d'accepter leurs conditions de vie difficiles en ayant l'intime conviction que leur future vie sera différente de celle qu'ils vivent, ainsi pas de rébellion, des privilégiés qui pérennisent le système.

Face à la transformation d'une société devenue multiculturelle (et non pas interculturelle) où l'on côtoie à tout instant des produits censés participer à notre progrès et qui nous rendent un peu plus dépendant de ces technologies, qui participent aussi à économiser nos efforts physiques et intellectuels, nous sommes interrogateurs et souvent inquiets d'un avenir pour lequel nous ne sommes pas préparés et qui incite au repliement sur soi dans une attitude conservatrice plus inadaptée encore pour accompagner cette évolution. C'est déjà cette

interrogation que soulevait Paul Valéry à l'âge de 57 ans lorsqu'il était revenu en 1935 dans l'école où son père l'avait accompagné en lui tenant la main en 1878. Il se demande ce qui a terriblement changé depuis ce temps : « Au sein de la civilisation la plus puissamment équipée, la plus riche en matière utilisable et en énergie, la plus savante en termes d'organisation et de distribution des idées et des choses, voici que la vie individuelle tend à redevenir aussi précaire, aussi inquiète, aussi harcelée et plus anxieuse que l'était la vie des primitifs ». Nous pouvons reprendre en cette année 2020 son questionnement.

L'imprévisible concerne le présent ou le futur en général, mais lorsque l'on considère le passé, notre passé personnel et celui de l'humain nous restons encore plus muet face aux questions que nous soulevons. Les traces archéologiques nous évoquent des situations, des pratiques culturelles, avec une zone d'incertitude souvent importante ainsi que des pans entiers d'inconnu qui nous conduisent à créer avec notre imaginaire des scénarios. Pire encore sur le passé lointain, sur l'origine de la terre et des premiers hommes, sur l'existence ou non de Dieu.

Curieusement ce qui est passé est considéré comme rangé et nous sommes toujours surpris lors de découvertes scientifiques d'autres réalités que celles auxquelles on croyait jusqu'à présent. Ces découvertes remettent en question notre certitude, une partie du sens que l'on peut donner à notre vie. Certaines ont tellement dérangé les croyances qu'elles ont été à l'origine de crimes, de guerres, les réactions à ces découvertes ont déclenché des réactions imprévisibles en cascades (pour s'en convaincre il suffit de se rappeler de Galilée, plus près de notre époque de Darwin).

L'imprévisible peut ainsi surprendre en arrivant devant nous ou en nous prenant en revers par notre passé. Ce passé qui laisse une trace peu reconnaissable comme celle qui figure sur le buvard après absorption partielle de l'encre de l'écriture. (Cf. métaphore utilisée par Roland Gori). La question que s'est-il passé est plus « vertigineuse » que que va-t-il arriver ? (3)

L'imprévisible est source de remise en cause d'un fonctionnement routinier, il peut inquiéter d'autant que l'on ne souhaite pas se remettre en cause, changer.

Face à ce qu'il ne pouvait prévoir l'homme a toujours cherché à inventer de quoi l'aider à survivre parmi ce qui était à sa disposition. Certains animaux ont eux-aussi trouvé des techniques pour améliorer leur survie et trouver plus facilement de quoi s'alimenter. Certains singes utilisent des baguettes fines pour aller chercher du miel dans des nids ou dans des trous du bois pour manger les termites. D'autres tels que les loutres de mer vont casser avec une pierre les coquillages sur leur abdomen. Nous pourrions avec les spécialistes de l'intelligence animale multiplier les exemples de ce genre.

L'homme plus fragile par sa naissance (un an avant de pouvoir marcher, quatre avant de parler etc…) a su développer une intelligence technologique performante qui s'est développée par une intelligence sociale et les échanges entre les cultures différentes. Cette fantastique intelligence technologique acquise et partagée est passée par des stades différents le verbe, l'écrit et actuellement le numérique qui lui permet de disposer d'informations mobilisables à la vitesse de la lumière. Mais nous savons aussi que ces technologies, en même temps qu'elles apportaient des réponses à son projet de

survie, ont été des instruments qui par les luttes de pouvoir ont été à l'origine de technologies destructrices partiellement de ses congénères et d'une partie de son environnement. Nous en sommes arrivés au stade où elles ont acquis le niveau de destruction totale de l'espèce humaine et d'une grande partie de la planète. Notre objectif de survie initial s'est ainsi inversé et les outils que notre espèce avait conçu pour son développement se trouvent devenu des moyens de réduction de notre vie.

L'imprévisible advient d'autant plus que l'humain n'existe plus dans la technologie qu'il conçoit. Si celle-ci n'est plus au service de sa survie elle prend le pas sur lui pour l'anéantir. Cette technologie est dépendante des systèmes de communication entre les hommes, la forme actuelle la plus fondamentale est l'argent ; plus il est présent moins les autres formes de communication ne trouvent de place.

La coopération est une des découvertes capitales qu'a pu faire Darwin dans ses recherches sur l'évolution des espèces, elle cohabite avec la compétition et c'est bien à partir de l'interaction de ces deux modalités sociales que la survie ou non de l'espèce est possible. Dans notre monde actuel, la compétition est devenue presque totalement la seule modalité reconnue digne d'intérêt. Si pour être le plus performant il suffit de gagner de l'argent à n'importe quel prix, avec une totale absence de préoccupation pour l'avenir de l'humain, alors la survie de l'espèce risque à court terme de disparaître, la lutte pour la survie individuelle deviendra un immense champ de guerre.

Le passage d'une société soudée par la survie quotidienne dans laquelle l'entraide était la règle pour « être » à une société d'individualisme extrême n'ayant plus que la perspective de « l'avoir » et à la spiritualité déclinante, a modifié la conception de la mort. Le corps matériel adjoint de gadgets pour lui conférer soi-disant plus d'autonomie pour être encore plus compétitif, est devenu le seul élément pris en considération au titre de la vie. La maladie ne doit plus avoir de place le « génie technologique » permet de toujours rester le champion quoi qu'il advienne. Mais ce scénario est conçu dans un monde de rationalité, à chaque question une réponse, à chaque problème une solution. C'est alors que l'imprévisible fait dérailler la logique mécaniste, le non maîtrisable fait peur et la peur casse tous les repères du confort liés au rationalisme. La mort devient la fin de l'avoir sans autre perspective que le néant.

L'imprévisible est un moteur de vie, de projets de vie, vouloir le rationnaliser au point de le confier à une technologie qui ne nous comporte pas c'est abandonner son objectif de survie.

L'imprévisible est source de rebond, il est un stimulant qui par l'énergie négative que nous percevons, stimule notre capacité créatrice et au bout du compte renforce notre propre énergie.

La part non « matérialisable » de notre être : notre pensée, notre conscience, notre créativité, notre spiritualité, sont au même titre que le reste de notre corps biologique (ainsi que les espèces qui le cohabitent avec nous) un ensemble complexe en interaction permanente en interne et avec l'environnement. Vivre est le produit de ces interactions qui à partir du support génétique ne cessent de se transformer tout au long de notre existence.

Apprivoiser l'imprévisible

Apprivoiser c'est accepter de prendre des risques, de faire des bonnes et mauvaises rencontres qui dans tous les cas ouvrent notre regard sur le monde. Apprivoiser c'est accepter la rencontre avec un être différent de nous qui va aussi nous transformer. L'apprivoisement s'inscrit dans une évolution non linéaire avec de possibles regards en arrière, la nostalgie d'un passé qui ne peut plus redevenir le présent et qui conduirait à un échec. Apprivoiser s'inscrit dans la durée.

La rencontre, le premier contact, contribuent à faire tomber la peur qui fait fuir et marque le refus de l'imprévisible. Toutefois pour accepter le changement, des acceptations par des étapes intermédiaires favorisent une appropriation puis une acceptation de prendre avec soi l'imprévisible. Connaitre avant de comprendre puis d'intégrer ce qui nous était inconnu, étranger voire même insupportable ; c'est tout le jeu de l'apprivoisement.

Certes apprivoiser nécessite de se familiariser, de faire un peu partie de la même famille, de partager du temps ensemble. Chaque instant compte dans ce rapprochement, chaque heure vécue doit l'être avec l'intensité d'une vie entière comme le philosophe stoïcien Sénèque qui se propose de vivre chaque événement du plus modeste au plus conséquent pour réussir sa journée. En agissant ainsi et en méditant chaque soir sur ce qu'il a fait, Sénèque recherche à mettre sa vie en sûreté, chaque journée devenant le lieu possible de notre plénitude. Nous retrouvons cette même orientation chez Michel De Certeau(4) lorsqu'il propose à chacun de devenir le créateur de son quotidien au travers des actions les plus banales de la vie quotidienne. (La mère de famille qui fabrique le gâteau pour l'anniversaire de son fils et qui modifie la recette proposée devient auteur de son gâteau mais aussi d'un instant de sa vie.)

L'apprivoisement passe par la capacité d'être présent à l'autre, d'être disponible par tous ses sens. Cette perception peut se développer en s'entrainant tous les jours à être conscient de ses sensations à des moments choisis, ce ressenti participe à nous rassurer sur notre réalité et permet comme le proposait le Docteur Vittoz (5) d'arrêter le flux incontrôlé de notre pensée et de notre imaginaire. C'est en étant disponible à soi que l'on peut être disponible à l'accueil de l'Autre. Apprivoiser l'imprévisible passe par cette disponibilité à soi qui contribue à réduire les peurs et les angoisses de vie.

Philippe STEVENIN – septembre 2020

Références & Bibliographie

(1) *(1) (2) Roland Gori, Et si l'effondrement avait déjà eu lieu, Ed. Les liens qui libèrent, 2020.*
(2) Nasssim Nicholas Taleb, 2007, Le cygne noir. La puissance de l'imprévisible, Paris, Belles lettres, 2008
(3) Dorian Astor, La passion de l'incertitude, ED. L'observatoire, septembre 2020
(4) Michel De Certeau, L'invention du quotidien.
(5) Roger Vittoz, Rééducation des psychonévroses
.

Praticoscope

expérientiels au cœur du métier

FORMATION INITIALE : ACCOMPAGNEMENT & ATTRACTIVITE

L'accompagnement des étudiants en santé en stage est un sujet important et délicat. Pour le CNKS l'accompagnement des étudiants en stage est plus complexe et polymorphe et nécessite tout à la fois un accompagnement pédago-didactique [TUTORAT], un accompagnement bienveillant et respectueux [PARTENARIAT], et un accompagnement de socialisation professionnelle [MENTORAT].

(cf diaporama session 6 JNKS2020 à retrouver sur cnks.org/ onglet JNKS)

KINESCOPE vous livre dans ce numéro la suite du témoignage du CHU de Nîmes et un article d'une cadre formatrice d'IFMK sur la gestion des émotions.

Tutorat des étudiants mk au CHU de Nîmes (2 /3) : les nouveaux outils !

Cet article fait suite à la présentation du nouveau dispositif de stages exposée dans le numéro de septembre. Je vous présente ici les outils créés dans ce dispositif. Des outils de supervision et d'accompagnement ont été imaginés pour permettre le développement des compétences de nos stagiaires. Ces outils sont organisationnels et évaluatifs. Ils permettent de développer les compétences tant des étudiants que des praticiens qui les suivent en favorisant pour tous le raisonnement clinique.

Pourquoi avons-nous besoin d'outils organisationnels?

Le CHU attire bon nombre d'étudiants masseurs-kinésithérapeutes venant de divers pays européens et plus particulièrement d'Espagne. Trois profils d'étudiants s'y croisent: les étudiants de nationalité française qui y font naturellement leur stage, les étudiants de nationalité française qui ont décidé d'étudier en Espagne et qui viennent y faire leur stage et leur validation de diplôme et d'autre part, les diplômés espagnols ou autres européens qui viennent chercher au CHU la validation utile à l'équivalence de leur diplôme pour un engagement ultérieur. Cette diversité de profils a obligé le CHU à entamer une réflexion sur l'organisation pratique de l'accueil de ces étudiants et sur le mode d'évaluation de ces derniers.

Quelle est la réponse apportée à cette réflexion?

C'est d'une part, la mise en place d'une meilleure planification des stages et d'autre part, une meilleure évaluation des prérequis des stagiaires. Le planning, sous la forme d'un tableau Excel, organise le dispatching des étudiants dans les divers services. Il garantit la prise en charge des étudiants par un maximum de professionnels; ce qui n'était pas le cas par le passé où la prise en charge reposait sur quelques bonnes volontés et n'était pas visible. Cette visibilité permet une plus grande équité dans le dispatching et une meilleure statistique des accompagnements. Le carnet de bord est un outil destiné aux étudiants et aux tuteurs.

Ce carnet est transmis au stagiaire dès son arrivée au CHU. Il se compose de deux volets :

- un premier volet organisationnel

comprenant toutes les informations pratiques et utiles au stage : la charte de l'établissement, l'horaire de stage, les numéros utiles, le plan du CHU, ... ;
- un second volet pédagogique et évaluatif comprenant : l'évaluation interne, le parcours professionnel, la grille d'évaluation par jalon qui est une auto-évaluation de l'étudiant. Cette grille sert également pour l'évaluation du maître de stage.

Ce carnet donne au maître de stage, les informations utiles pour élaborer un « clini-cas » (ex MSP). Ces deux outils ont été conçus grâce à l'aide du CEDMH (Centre d'évaluation des dispositifs médicaux et du handicap), une cellule au sein de l'hôpital qui a apporté son expertise de gestion de projets.

Quels ateliers ont été mis en place ?

Nous avons mis en place deux types d'ateliers. Les premiers où nous apportons des savoir-faire aux étudiants à travers des exposés et exercices sur des thèmes et questions comme :

- comment créer une trame de bilan ?
- comment faire une recherche bibliographique ?
- qu'est-ce que la douleur ?
- ….

Les seconds où ce sont aux étudiants de produire un exposé de 15 minutes sur un sujet imposé en lien avec leur stage. Lors de cette présentation, nous invitons un collègue expert sur le sujet pour en débattre.

Ces 2 formules sont très appréciées par les étudiants. Ils sont très demandeurs de confronter leurs connaissances théoriques à la pratique d'experts. Le fait d'inviter nos collègues experts permet aussi de valoriser leurs connaissances, de susciter l'émulation entre nous et dès lors d'augmenter nos compétences réciproques.

Nous sommes heureux de voir l'émulation qu'un tel format suscite chez nos collègues. En effet, au départ les tuteurs étaient réticents et frileux de devoir assister à ses présentations. Mais maintenant ce sont eux-mêmes qui proposent des sujets. La réflexion et le partage professionnel sont ainsi devenus une belle façon de dynamiser l'ensemble des kinésithérapeutes intégrés dans le dispositif. Pour les étudiants en validation de diplôme ou ceux restant plus de 3 mois en stage, nous avons également mis en place des «clinicas» formatif et non certificatif mais des mises en situation professionnelle qui permettent de mettre en lumière tant la pratique que la théorie. Ces exercices sont très instructifs pour le stagiaire, car il reçoit une critique constructive sur sa prise en charge du patient et nous permettent d'insister sur l'importance des bilans bien réalisés et la communication claire des éléments se rapportant à la prise en charge du patient.

Quels bénéfices ces outils ont-ils apportés?

Essentiellement plus de cohérence et de visibilité du parcours de chaque étudiant. Ils permettent de répondre aux impératifs du Décret en assurant le professionnalisme des futurs masseurs-kinésithérapeutes.

Laurie LOUIS Masseur-kinésithérapeute / Référene stagiaires au CHU de Nîmes

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Développer l'intelligence émotionnelle et sensorielle des étudiants en formations aux métiers de la santé : un challenge pour les cadres de santé formateurs d'aujourd'hui

« La formation initiale des étudiants aux métiers de la santé aux attitudes professionnelles pose de réelles questions de fond. Les riches échanges lors des retours de stage le prouvent et questionnent les cadres formateurs en santé sur : comment aider les apprenants dans la gestion de leurs émotions lors de leurs apprentissages ; notamment lors des stages cliniques ?

De nombreuses et diverses pratiques pédagogiques informelles existent et sont utilisées dans les instituts de formation pour aider les étudiants à adopter une posture professionnelle en situation de soins. Mais le formateur en suscitant l'analyse et en facilitant la compréhension de la situation de soins vécue permet-il un apprentissage de la nécessaire gestion émotionnelle ? » résume l'auteur de cet article.

Au sein du Pôle Régional d'Enseignement et de Formations aux Métiers de la Santé (PREFMS) de Toulouse, un groupe de formateurs, représentants des 11 écoles *(IFSI, IFAS, EIBO, EIA, ESF, IFAS, IFMK, IFPP, IFE, IFCS, ERASS)*, ont construit ensemble une pratique pédagogique centrée sur l'intelligence émotionnelle au service des étudiants formés aux métiers de la santé, sous la direction de Mr P. Viollet, consultant en pédagogie et animateur de ce groupe de réflexion. Il m'a semblé intéressant de rédiger un digest sur ce travail collectif pour faire partager nos réflexions et pour laisser une trace de cette réflexion partagée.

La formation aux attitudes professionnelles abordée lors de la journée didactique de 2014 au PREFEMS a fait émerger des débats dans le public sur les émotions des apprenants au cours de leurs apprentissages et plus particulièrement lors de leurs stages cliniques.

En effet, les étudiants, à travers leurs diverses expériences pratiques, apprennent à développer leurs **sens** et à gérer leurs **émotions,** puis celles-ci sont ensuite très souvent relatées aux formateurs lors des temps de parole dédiés au retour de stage.

A partir de ce constat, ce groupe de formateurs a recensé les diverses et nombreuses pratiques pédagogiques informelles existantes et utilisées dans les écoles et instituts de formation aux métiers de la santé pour que les étudiants adoptent une **posture professionnelle** en situation de soins. Il est apparu que les attentes des formateurs à l'égard de **l'intelligence sensorielle** étaient ciblées et claires alors que pour **l'intelligence émotionnelle;** elles étaient nombreuses et plus floues. Cependant, il a rapidement été admis un consensus par le groupe et au regard des pratiques de chaque école et institut que :

- l'intelligence sensorielle se rattachait d'abord au développement de l'acuité des organes des sens et, secondairement, à l'interprétation des informations captées par leur intermédiaire dans ses différentes phases de perception, de sensation, de ressenti et du jugement de la perception ;
- l'intelligence émotionnelle correspondait aux apprentissages à réaliser pour prendre conscience de l'incidence de la situation sur les émotions des différents partenaires engagés dans le soin ou la prise en charge.

L'intention pédagogique du groupe a été de situer l'intelligence émotionnelle et sensorielle dans le développement de la **compétence relationnelle** de l'étudiant envers les patients et de proposer aux équipes pédagogiques des **stratégies d'apprentissage** spécifiques.

En pédagogie la question de la motivation intrinsèque des apprenants reste fondamentale. Elle ne sera pas traitée ici mais pour autant, une condition indispensable pour que les enseignements soient efficients est de développer l'intérêt des étudiants, des formateurs et des acteurs du soin.

Des stratégies et des méthodes d'apprentissage pour une gestion des émotions.

L'émotion, pour des raisons liées à son impact sur la prise en charge du patient et sur la santé du professionnel fait partie intégrante de l'expression de la compétence. Apprendre à la contrôler objectivise le regard posé par le soignant sur autrui et l'aide à affronter les situations difficiles et complexes dans un temps de plus en plus restreint.

Les objectifs de cette méthode sont de rendre un étudiant capable de repérer ses émotions, de les verbaliser et d'expliquer les mécanismes impliqués.
En pédagogie la verbalisation est souvent au cœur du travail réalisé sur les émotions, elle conditionne souvent la prise de conscience par l'étudiant. On retrouve ainsi pour ce sujet, deux catégories essentielles de modalités didactiques :

- les cas cliniques ou les situations de soins proposées par le formateur ;
- les situations de soins choisies par l'étudiant.

1- **Lors des cas cliniques ou des situations de soins proposées par le formateur** : le formateur doit choisir ses supports avec discernement car des situations professionnelles utilisées trop tôt peuvent ne pas avoir été rencontrées par les étudiants et/ou posséder une charge émotionnelle et affective trop importante. Il est préférable de commencer par des exercices non professionnels de type : peintures, photos, musiques etc… ; facilitateurs pour entrer dans le champ de l'émotion.

2- **Les cas cliniques ou situations de soins choisis par l'étudiant**. Ici trois possibilités d'analyse sont envisageables :

a. soit l'objet quasi exclusif des échanges est la verbalisation. Le but est d'amener les étudiants à mettre des mots sur ce qu'ils sont en capacité ou non de faire ; sont utilisables ici par le formateurs, les ateliers d'analyse de l'intervention professionnelle.
b. soit les retours de stage sur les émotions, sont animés par des techniques de débats par le formateur référent du groupe d'étudiants.
c. soit est proposée l'analyse des pratiques professionnelles (en version orale ou écrite) sous la modélisation de deux types de méthodes :

- soit les méthodes dites d'élucidation et de remédiation-optimisation, par des formateurs

professionnels de l'équipe,

- soit les méthodes dites de symbolisation, animées par des psychologues sous la forme d'un atelier sur la verbalisation des émotions des étudiants.

Des stratégies et des méthodes d'apprentissage pour développer une intelligence sensorielle.

Les objectifs de cette méthode sont de rendre les étudiants capables de développer leurs sens pour :
- les utiliser dans le cadre de leur formation à l'observation (par exemple, l'odorat peut renseigner sur les règles d'hygiène) ;
- les intégrer dans l'observation et leur raisonnement professionnel lors des soins prodigués en stage.
L'intelligence sensorielle s'inscrit en général dans une démarche clinique car elle est en rapport direct avec les organes des sens. Les méthodes utilisées permettent de les aiguiser et de les contrôler. Les formateurs peuvent utiliser : les travaux dirigés, l'examen clinique à travers l'apprentissage des actes techniques et les séances de simulation de soins.

Des stratégies et des méthodes d'apprentissage pour développer la connexion sensori-émotionnelle.

Les objectifs de cette méthode sont de rendre les étudiants plus attentifs aux ressentis de l'autre en les leur faisant expérimenter ou en les leur faisant comprendre par l'expérimentation.

En formation l'étudiant peut jouer le rôle du patient afin de mieux appréhender les ressentis potentiels pour plus les prendre en compte lors des situations réelles de soins. La méthode des stations est intéressante à utiliser pour confronter les étudiants à des situations particulières dont on connaît la charge émotionnelle. Lors des visites en stage, le formateur accompagne l'étudiant dans son travail d'explicitation et de distanciation de la charge émotionnelle lors de son soin.

En retour de stage, des ateliers d'écriture peuvent aider l'étudiant à mettre en lien ses émotions avec celles du patient et d'établir aussi le rôle rempli par les sens dans cette relation. Ce travail d'élaboration peut être complété par le formateur par un éclairage théorique.

Les méthodes pédagogiques utilisées dans le développement des attitudes et dans le champ de la pédagogie non-directive sont ici transposables.

De plus, il faut amener l'étudiant à proscrire les jugements de valeur pouvant conduire à un raisonnement clinique erroné et à repérer les situations à risque avec souvent une connotation émotionnelle forte.

Ce travail d'introspection doit lui permettre de développer une compréhension empathique des émotions du patient afin de mesurer ses effets dans la relation en situation de soins.

Pour conclure, afin d'aider l'étudiant à gérer ses émotions et les réactions induites par ses sens, il est important de lui apprendre à repérer les situations où celles-ci apparaissent afin de savoir les gérer avant qu'elles ne deviennent

paralysantes. Citons aussi Daniel Goleman (2014) qui nous dit que disposer d'une intelligence émotionnelle c'est : « Savoir être maître de nous-mêmes pour être justes envers les autres ».

Ainsi amener tout étudiant à développer ses capacités pour repérer, pour donner du sens et pour prendre en compte les émotions du patient est fondamental. Ce travail ne sera possible que si l'étudiant sait reconnaître en amont ses normes émotionnelles (représentations, préjugés, etc…).

De ce fait, utiliser des méthodes d'analyse de pratiques peut être source de meilleure compréhension des situations rencontrées en stage clinique par l'étudiant et l'aider ensuite à prendre confiance en lui pour mieux affronter les situations futures à forte répercussion émotionnelle et souvent bien complexes.

Le formateur a un rôle majeur à jouer dans l'accompagnement de l'étudiant dans le développement de son sentiment d'efficacité personnelle.

Tout ce travail préparatoire d'analyse permettra aux étudiants d'adopter la bonne posture professionnelle face ensuite aux diverses situations de soins sollicitant le versant émotionnel et pouvoir gérer la relation de soins.

Marie-Claire Sintès, cadre de santé formateur, IFMK Toulouse

BIBLIOGRAPHIE :

- *Bandura Albert, (trad. Jacques Lecomte), Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle, Paris, De Boeck, 2007, 2ème édition*
- *De Gaujelac Vincent, La névrose de classe. Trajectoire socila et conflits d'identité, Hommes et groupes, 1987, Petite Bibliothèque Payot, 2016*
- *Donnaint Elisabeth, Marchand Claire, Gagnayre Rémi, Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez les étudiants en soins infirmiers, ASRI « Recherche en soins infirmiers » 2015/4 N° 123/ pages 66-76*
- *Gardner Howard, Les intelligences multiples : La théorie qui bouleverse nos idées reçues, Retz, juin 2008.*
- *Goleman Daniel, L'intelligence émotionnelle, Intégrale, Editions J'ai lu, 2014*
- *Guerrin Brigitte, Albert Bandura, ASRI « Recherche en soins infirmiers » mars 2012/1 N° 108/ pages 66-76*

Témoigner d'une expérience de votre quotidien professionnel ? signalez-vous par mail :

contact.cnks@gmail.com

Microscope

dossiers au cœur du métier

LE TELESOIN : UNE PRATIQUE EN EMERGENCE … EN MILIEU SALARIE

La Covid19 a bouleversé l'exercice quotidien des professionnels de santé et le suivi de traitements de nombreux patients.

Kinéscope veut au travers de nouveaux témoignages ci-après mettre en exergue les volontés opiniâtres des rééducateurs salariés à maintenir le lien et à poursuivre le suivi des soins par la mise en place du télésoin.

Après « LA TELEREEDUCATION : EMERGENCE ET PERSPECTIVE D'UNE NOUVELLE PRATIQUE EN ETABLISSEMENTS DE SOINS. *G Kemoun et Valérie GUAY* » et les retours d'expériences du CH de Bayonne et du CHU de Nancy parus dans KINESCOPE n°5 nous poursuivons ces retex avec le SSR de la Ménaudière et celui ….

« Dossier Télésoin »
à retrouver prochainement sur www.cnks.org

Le télésoin : émergence et perspective d'une nouvelle pratique dans un SSR

16 mars 2020, le confinement général est annoncé par le gouvernement. Comme la majorité des centres de rééducation, le centre médical MGEN, la Menaudière à Chissay en Touraine dans le Loir et Cher a stoppé brutalement toutes les prises en charge en hôpital de jour en ne conservant que l'hospitalisation complète.

Tout au long du confinement, les patients nous téléphonaient pour être pris en charge. Devant ce désarroi et cet abandon, que pouvions nous faire ? Il fallait proposer une alternative de soins afin de garder un lien avec ces patients. Et pourquoi pas le télésoins ?

En effet, L'arrêté du 23 mars 2020 a permis aux médecins d'assurer la prise en charge par télésanté des patients suspectés ou atteints du COVID 19. Dans ce contexte épidémique, pourquoi ne pas proposer des soins médicaux et paramédicaux par télésanté dans notre établissement ? Dès le début du mois de mai 2020, nous réfléchissons à une organisation possible, organisation qui a été affinée grâce aux textes du 13 mai 2020.

Le premier prérequis était la motivation des professionnels à effectuer des prises en charge à distance. Dans notre établissement, les médecins, les médecins MPR, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les APA (activité physique adaptée), les diététiciens, la psychologue et les infirmières se sont mobilisés.

Nous avons donc pu prendre en charge les patients atteints d'une affection de l'appareil locomoteur ou du système nerveux et les patients suivis dans le cadre de la réadaptation alimentaire.

Le second prérequis était matériel. En effet, les patients doivent être équipé d'un ordinateur ou d'un smartphone avec un micro et une caméra. Pour les professionnels, un outil régional et sécurisé a été proposé gratuitement par l'ARS Centre Val de Loire : « mediconsult-covalia » © diffusé par le GIP e-santé Centre Val de Loire. Cet outil est nouvellement appelé Covalia Web consultation.

En fonction des besoins des personnes, différentes prises en charge sont proposées :

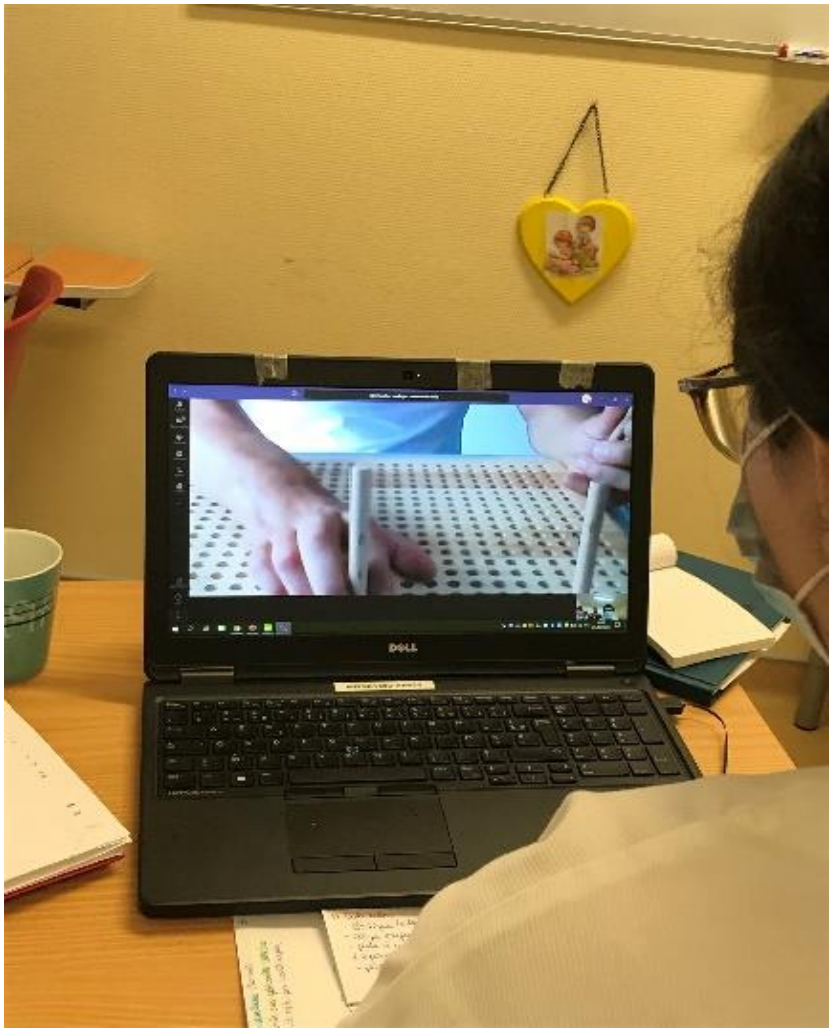
- la téléconsultation est réservée pour les prises en charge médicale.
- le télésoin est réservé pour les professionnels paramédicaux autorisés : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste et diététicien. Le télésoins est effectué sur prescription médicale ;
- la téléréadaptation ou l'e-HDJ permet une prise en charge identique à celle d'un hôpital de jour.

Dans le cadre de la téléréadaptation, un premier jour en présentiel est obligatoire afin d'effectuer un bilan objectivé : goniométrie, testing… et d'organiser la prise en charge. Tel un hôpital de jour traditionnel, le patient doit être pris en charge par 3 professionnels différents sur son séjour dont 2 professionnels par jour de prise en charge. Ces journées sont organisées par un IDE coordinatrice, chaque professionnel organise les rendez-vous avec le patient sur la plateforme mediconsult. Une synthèse

pluri professionnelle est effectuée dans les premiers jours de la prise en charge.

Devant cette nouvelle prise charge, chaque corps de métier a dû s'adapter :

- les kinésithérapeutes proposent un apprentissage à l'automassage, des étirements et des exercices en fonction du matériel présent au domicile du patient ;
- les ergothérapeutes proposent des mises en situation : préparation de repas, repassage, apprentissage d'un transfert, essai de fauteuil roulant électrique avec le revendeur d'aides technique, visite à domicile, rééducation des préhensions… ;
- l'orthophoniste propose des exercices cognitifs et une rééducation de la phonie ;
- l'APA (activité physique adapté) propose des exercices adaptés à l'architecture du domicile et au matériel présent au domicile. Il effectue des consultations de coaching et de suivi dans le cadre de la prise en charge de réadaptation alimentaire ;
- le diététicien effectue un suivi alimentaire mais aussi des ateliers d'éducation thérapeutique ;
- le psychologue propose un accompagnement psychologique. Un professionnel clé dans ce contexte de confinement et de stress.



Depuis le mois de mars, nous avons pris en charge une trentaine de patients, effectué 20 consultations en télésoins et environ 100 journées en téléréadaptation. Les journées de téléréadaptation sont plus nombreuses car nous voulons privilégier une prise en charge pluri professionnelle. Il n'est pas question d'être en concurrence avec les professionnels libéraux.

Le retour d'expérience des patients et des professionnels est positif. Tout d'abord, les patients soulignent une absence de trajet jusqu'au centre de rééducation et donc une moins grande fatigabilité. Certains patients en réadaptation alimentaire ont même continué leur activité et ont inséré leur prise en

charge sur leur lieu de travail, pendant leur pause.

De plus, les patients apprécient d'avoir été pris en charge par les professionnels du centre pendant la période de confinement et le sentiment d'abandon a été moins marqué. La prise en charge est pour eux adaptée à leur besoin et à leur pathologie.

Pour les professionnels, cette prise en charge est l'occasion de travailler à la maison, d'avoir une prise en charge écologique, d'utiliser les outils du quotidien, d'évaluer les difficultés du quotidien dans l'environnement du patient et d'avoir plus d'échange avec les familles. Cette proximité du domicile est une nouveauté pour les professionnels salariés travaillant dans un centre de rééducation.

Ne le cachons pas, il n'y a pas de protocole parfait, sans quelques freins. En effet, la connexion internet n'est pas toujours parfaite, les troubles cognitifs de certains patients demandent une présence familiale au domicile lors de la consultation, le matériel au domicile n'est pas le même que sur notre plateau technique de rééducation et l'organisation est chronophage. La plateforme ne permet pas d'effectuer des prises en groupe, ce qui serait nécessaire pour les ateliers d'éducation thérapeutique.

Le financement de la téléconsultation et du télésoins s'effectuent par le biais de notre fichier ACE (actes de consultations externes) pour les professionnels conventionnés et par la biais d'une facturation à zéro pour les ergothérapeutes. Le financement de la téléréadaptation s'apparente à une facturation de journée en hôpital de jour.Et la suite…. Aujourd'hui notre centre a rouvert ses portes mais nous continuons à utiliser le télésoins et la téléréadaptation pour des mises en situations, des échanges avec les familles, et pour appréhender l'environnement du patient…

Enfin, pour nos tutelles, nous sommes en cours d'écriture d'un projet de pérennisation de certains actes en télésoins et téléréadaptation.

Dorine Fortin
Cadre de rééducation
SSR la Menaudière.
Groupe MGEN

Témoigner d'une expérience de votre quotidien professionnel ?

signalez-vous par mail :

contact.cnks@gmail.com

La Télé-Réadaptation : émergence et perspectives d'une nouvelle pratique de Télé-soin

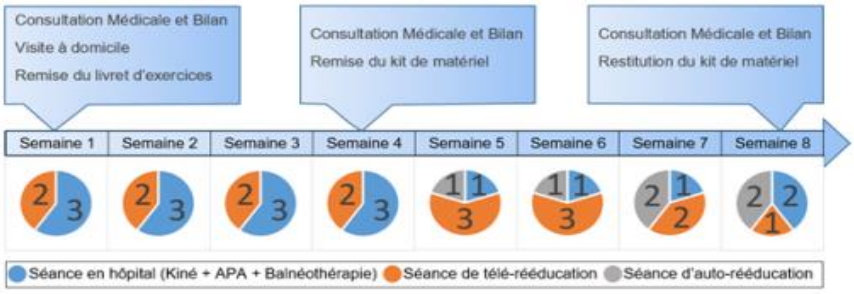
Auteurs : Dr BRADAI. N ; FAKIH. K et équipe du Centre Paris Est.

Introduction : naissance d'un projet

La **loi** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite "**loi HPST**") du 21 juillet 2009 a défini et réglementé la télémédecine en France. Cette modalité de **soin** est entrée dans le droit commun de l'assurance maladie en 2018.

C'est dans cet esprit que le Centre Paris Est (CPE) de Noisy-Le-Sec, hôpital de jour de Médecine Physique et de Réadaptation a répondu en 2018 à un appel à projet lancé par la DGOS pour une coopération internationale dans le domaine de la Télé Santé, en particulier de la Télé-Réadaptation. Un voyage d'étude a permis la rencontre entre l'équipe du CPE et l'équipe ESTRAD de la chaire de Télé-Réadaptation de Sherbrooke Canada. Soutenu par les tutelles, cela a constitué le point de départ de la création d'un programme expérimental de rééducation après arthroplastie du genou mixant prise en charge en hospitalisation de jour classique et Télé-Réadaptation.

Programme expérimental



Ainsi, le programme expérimental hybride ou mixte HDJ/Télé-Réadaptation a débuté le 02/02/2020.

Il prévoyait d'inclure 10 patients ayant bénéficié d'une arthroplastie du genou depuis moins de 15 jours. Le Design de cette étude comportait 8 semaines de Rééducation avec augmentation progressive des séances en Télé-Réadaptation et diminution de la fréquence de la Rééducation en présentiel en hôpital de jour (Figure 1).

Le thérapeute au centre intervenait en visio sur le patient qui lui était chez lui (Photo 1). Une évaluation médicale et kinésithérapique était prévue avant inclusion, à la 4ème et à la 8ème semaine du programme. Afin d'éviter les biais, l'évaluation finale était réalisée par un kinésithérapeute différent de celui qui a assuré la prise en charge. Outre l'évaluation clinique mesurant la douleur, les amplitudes articulaires, les capacités motrices et fonctionnelles, il a été décidé d'évaluer également la satisfaction des patients et des thérapeutes envers cette modalité de soins.

En sus, un cahier d'auto-rééducation était fourni aux patients dès le début du programme. La progression des auto-exercices était guidée par le kinésithérapeute. Enfin, un kit de matériel était prêté

aux patients comprenant un step, deux poids lestés de 2 kilos, un ballon en mousse et une bande élastique (schéma N°1).

Photo 1

Instauration du confinement pour cause de pandémie à SARS CoV2, impact sur le programme expérimental :

L'hôpital de Jour CPE a dû fermer le 17 mars 2020 interrompant de fait le programme expérimental tel qu'il avait été conçu. A cette date-là, sur les 10 patients prévus, 6 avaient été inclus. Aucun n'a abandonné le programme et tous ont pu avoir l'évaluation à S4.

Une organisation en Télétravail des professionnels hospitaliers a été mise en place si bien que dès début avril, les 6 patients ont pu reprendre les séances de Télé-réadaptation et bénéficier de Téléconsultations médicales de suivi. Le thérapeute,de son domicile, équipé de matériel informatique et du logiciel de prise en charge à distance, intervenait sur le patient à domicile, installé devant son PC ou sa tablette. A ce stade, seuls 2 kinésithérapeutes pratiquaient la méthode de Télé-Réadaptation et avaient été formés à l'usage du logiciel utilisé Tera+, mis au point par l'équipe ESTRAD.

Progressivement, d'autres patients ont intégré la file active de Télé-Réadaptation et ont bénéficié de Téléconsultations. D'abord ceux ayant d'autres pathologies de l'appareil locomoteur, autres que les arthroplasties de genou, puis des pathologies neurologiques. Durant le confinement, les tutelles ont étendu l'autorisation de la pratique de la Télé-Réadaptation aux différents professionnels intervenant en Rééducation-Réadaptation. Les 2 kinésithérapeutes du CPE formées à la Télé-R ont formé à leur tour les autres kinésithérapeutes mais également des ergothérapeutes, l'orthophoniste et une neuropsychologue.

L'équipe confinée du CPE a pu maintenir la continuité des soins de ses patients, en se coordonnant via des staffs pluridisciplinaires hebdomadaire en visioconférence et en

accédant au dossier patient informatisé à distance.

Organisation au déconfinement

A la réouverture de l'établissement et dans le respect des mesures barrières, les patients ont progressivement réintégré l'HDJ et de nouveaux patients ont été admis (Figure 2).

Une organisation hybride de la prise en charge en présentiel et en Télé-R a été privilégiée chaque fois que cela était possible.

La Télé-Réadaptation était prescrite, planifiée et réalisée sous forme de séquences telles que définies par l'ATIH, soit 2 intervenants pour 3 actes hebdomadaires.

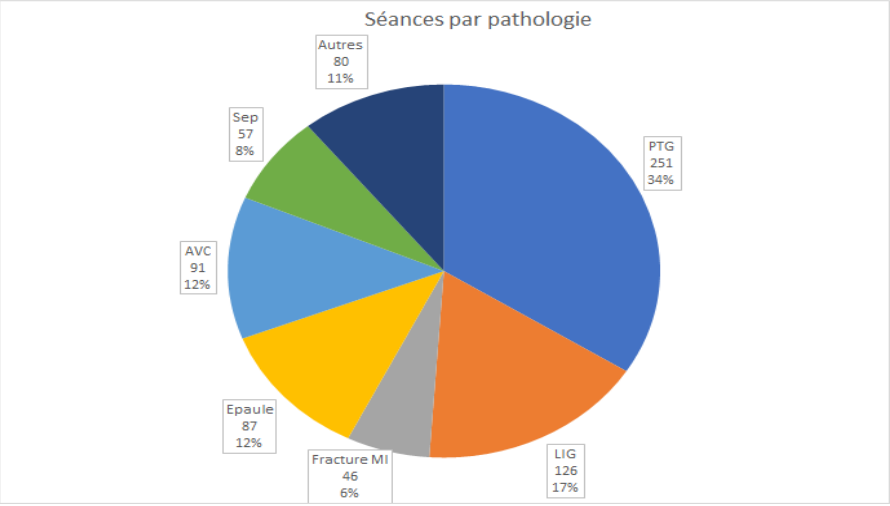
Par ailleurs, les 6 patients inclus dans le programme expérimental, ont bénéficié de l'évaluation finale à la réouverture.

Bien qu'il s'agissait d'une étude de faisabilité de la Télé-Réadaptation et non d'une étude comparative, il a été constaté à l'évaluation intermédiaire de S4 une évolution comparable à celle des patients pris en charge en présentiel exclusif au niveau de la douleur ressentie, du gain de mobilité et fonctionnel, dans des délais comparables.

Il a été constaté une bonne adhésion des patients à la prise en charge en Télé-Réadaptation. Par ailleurs, il est à noter que les patients ont pratiqué de manière assidue les auto-exercices et ont exprimé leur engouement pour la poursuite de l'activité physique au-delà de l'hospitalisation.

L'évaluation de la satisfaction a montré un ressenti positif envers les soins reçus et la méthode (Figure 3). De même, les thérapeutes, pour certains réticents à cette méthode de rééducation à distance ont exprimé un taux de satisfaction élevé (Figure 4).

Figure 2 : Nombre total des séances réalisées en Télé-Réadaptation au CPE sur la période février-juin 2020. (PTG : prothèse de genou; Lig : ligamentoplastie; MI : membre inférieur; AVC : accident vasculaire cérébral; SEP : sclérose en plaque; autres : autres pathologies neurologique et de l'appareil locomoteur).



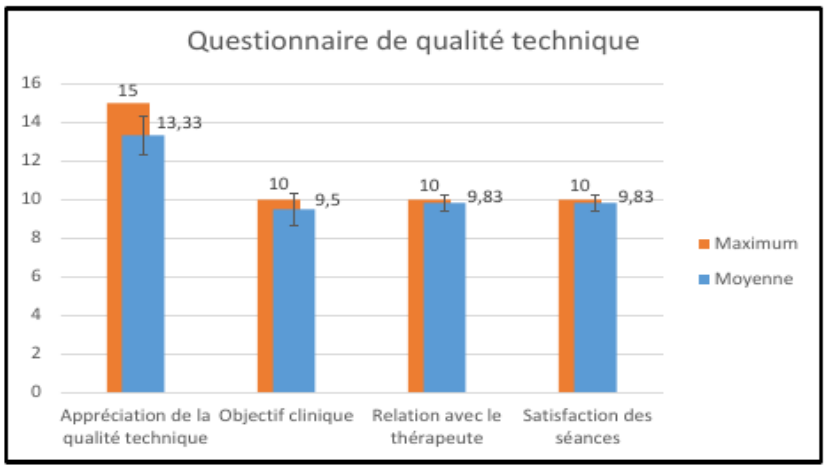
Discussion et enseignement :

Malgré quelques difficultés rencontrées à la mise en place du protocole expérimental puis à l'extension de la Télé-Réadaptation à l'ensemble des patients hospitalisés éligibles, l'équipe du CPE a pris conscience de l'intérêt et du bénéfice tirés d'une telle méthode de soins pour les patients et pour eux-mêmes.

L'engouement des thérapeutes pour cette méthode de soin à distance a été supérieur aux attendus. Si cela leur a permis de prodiguer des soins à leurs patients durant le confinement, cela a également mis en évidence des opportunités et des avantages à intervenir alors que le patient est dans son lieu de vie accompagné de son aidant.

En premier lieu, les patients se sont montrés acteurs de leur prise en charge et ont fait preuve d'initiative lors des séances adoptant ainsi une posture plus active qu'en présentiel où ils tendent à se « laisser faire ». Puis, la présence de l'aidant lors des séances a permis à ce dernier et dans un nombre de cas non négligeable de mieux estimer les difficultés mais également les performances du patient dans son lieu de vie et de mieux les comprendre.

Enfin, cela a ouvert des perspectives d'élargissement des champs des compétences et de sortir de l'idée que le travail d'un thérapeute est strictement manuel et ne peut être réalisé autrement qu'en présentiel.



Si les avantages sont certains, il est utile de rapporter les freins et inconvénients inhérents au mode de prise en charge en Télé-Réadaptation. La méfiance de prime abord envers la technique et l'appréhension liée au maniement de l'outil informatique, plus présentes chez les personnes les plus âgées, doivent être levée via de l'information et un premier test concluant.

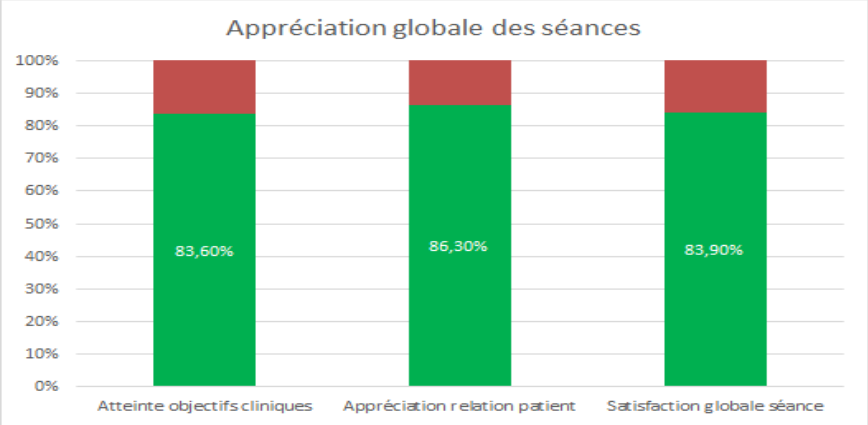
Les thérapeutes sont confrontés à l'impossibilité d'intervenir physiquement sur le patient, et il est indispensable de préparer la séance en amont, rendant la méthode chronophage.

Les pannes techniques n'ont pas été fréquentes mais lorsqu'elles sont survenues, elles ont pu parfois faire interrompre la séance. Enfin, la connexion peut avoir un impact sur la précision de l'articulation verbale ou l'intonation de la voix pour certaines disciplines comme l'orthophonie et la neuropsychologie.

Conclusion et place de la Télé-Réadaptation dans l'avenir hors contexte épidémique :

La Télé-Réadaptation ne peut remplacer la rééducation en présentiel mais constitue une alternative et une modalité complémentaire incontestable et a donc toute sa place dans l'offre de prise en charge des patients. Elle ne doit pas se limiter à une pratique exploitée en phase épidémique mais doit être mise en place de sorte à faire partie intégrante d'un parcours de soin.

Il reste néanmoins des progrès à faire en matière de connexion et d'adhésion de certains patients et de certains thérapeutes.



Vous aussi vous souhaitez témoigner d'une expérience de votre quotidien professionnel ?

signalez-vous par mail :

contact.cnks@gmail.com

EN BREF sur les dossiers

Pratique Avancée :

A nouveau réuni le 15.10 le GT: le MK en PA est une voie de diversification de carrière, reconnaissance d'expertise, adaptation aux évolutions de la demande & de l'offre de soins. Un dossier désormais URGENT pour le métier MK salarié (voire tte la profession) à traiter cependant sans précipitation et avec méthode. Au regard des résultats d'enquête express et pour proposer des options recevables
~> mieux faire connaître définition légale et objectifs aux collègues et ré-enquêter
~> auditionner les groupes d'intérêts d'exercice orienté
~> prévoir rondes Delphi
Les échanges de ce 3ème atelier poussent à explorer :
~> cas/pathologies complexes,
~> niveau diagnostic, prescription -orientation, autonomie
~> un parcours qualifiant (post DE) de type clinicat/doctorat d'exercice, interpro réadaptation ?

Accueil stagiaire et attractivité :

A nouveau réuni le 13.10 le GT «Accueil Stagiaire & Attractivité Salariée» s'est saisi de l'analyse de l'enquête.
Il confirme la nécessité de

- repenser l'accompagnement en «tutorat + partenariat + mentorat»,
- (re)générer une politique d'établissement,
- rapprocher ifmk & tuteurs...
- & lancer #enquête FNEK-CNKS auprès des étudiants.

Intelligence Artificielle & pratiques professionnelles ? »

L'enquête express en ligne est close depuis le 11 octobre et en cours d'analyse.

en savoir plus sur ces sujets ?

retrouvez nos dossiers

et 3 communications JNKS 2020 sur

www.cnks.org - onglet jnks / jnks 2020 / session 3

MICROSCOPE

DOSSIER SSR

A la veille de la réforme du financement et de la classification des SSR Jean Pascal Devailly, Médecin MPR et Président du SYFMER, dresse un panorama et les enjeux des SSR en 2020

Introduction

Représentant 25% des capacités hospitalières, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) est un des secteurs post-aigus les plus vastes et hétérogènes du monde. Cette hétérogénéité historique explique la difficulté à spécifier les fonctions des SSR sous forme d'activités homogènes. Alors que notre système de santé est confronté à la maitrise budgétaire, à la transition épidémiologique et à l'accélération des innovations technologiques, la réforme du droit des autorisations et du financement des SSR doit répondre à des défis sans précédents.

Histoire des SSR : un chemin de dépendance, une typologie confuse

Créés par la loi de 1991, les SSR regroupent un ensemble de structures aux activités d'une extrême diversité, les ex moyens séjours. Apparus avec la loi de 1970 les moyens séjour sont ainsi déclinés dans le décret n° 80-284 du 17 avril 1980.

- Centres de convalescence
- Centres de cure médical
- Centres de réadaptation
- Centres de convalescence et de cure
- Centres de convalescence et de réadaptation
- Centres de cure et de réadaptation

Ce classement brouille des missions du secteur par rapport à l'inventaire du décret du 9 mars 1956 définissant les « conditions techniques d'autorisations des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés ». L'échec de la différenciation des SSR qui réunissent les maisons de repos et de convalescence avec les centres de rééducation fonctionnelle dans le contexte du vieillissement reste la clé des difficultés pour réformer les autorisations et le financement du secteur. (1)

D'importantes enquêtes menées à partir de 1995 (coupe GAIN et typologie de la FEHAP) tenteront de définir les caractéristiques des unités de SSR en vue de la planification sanitaire. Ces typologies qui prennent en compte du degré de médicalisation, de la dépendance et de l'intensité de la rééducation et réadaptation fonctionnelles n'ont pas été reprises dans la réforme des autorisations de 2008.

Les SSR en 2008 : l'intégration selon les catégories médicales e l'aigu

La réforme de 2008 était motivée par un déséquilibre réglementaire entre secteurs, une typologie exubérante, le vieillissement de la population et l'augmentation du handicap lié à l'âge et aux maladies dégénératives et chroniques. La pression sur les lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la diminution de la durée moyenne de séjour en MCO et la tarification à l'activité, engendrant d'importants besoins en places et structures d'aval, ont aussi guidé cette réforme.
Le décret no 2008-377 du 17 avril 2008 abolit la distinction entre l'activité de soins de suite d'une part, et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles d'autre part. Il les réunit en une seule activité de "soins de suite et de réadaptation". Une "autorisation" générique "polyvalente" est attribuée à tous les SSR, tandis que certains ont pu obtenir une mention pour la prise en charge des enfants et/ou des adolescents, à titre exclusif ou non, et des "mentions spécialisées". Pour la Médecine physique et de réadaptation, les 2 mentions principales sont "affections du système nerveux" et "affections de l'appareil locomoteur".
Si les coupes GAIN et la typologie de la FEHAP avaient tenté d'analyser les composantes de la valeur en SSR, les autorisations de 2008 sont inscrites dans un paradigme d'intégration verticale selon les catégories médicales de l'aigu. La fonction de réduction des séjours MCO prolongés visant le « dégagement » des lits MCO prédomine sur la fonction de réadaptation qui n'est pas définie, tandis que la fonction d'hébergement social (repos et convalescence) des SSR justifiant de nombreuses séquences d'hospitalisations n'est plus reconnue comme mission de l'hôpital depuis les lois de 1970 et de 1975. Les SSR n'échappent pas à cette vision sanitaire qui ne permet plus de capter la composante sociale croissante des finalités des SSR.

Les SSR en chiffres

Selon la DREES (2) Les capacités d'accueil en SSR progressent régulièrement, le nombre de lits passant de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2018. Cette progression concerne principalement les établissements privés à but lucratif (+12 000 lits depuis 2003). Leurs capacités d'accueil représentent un tiers de la capacité totale en 2018. La progression de l'hospitalisation à temps partiel est rapide : 9 000 places ont été créées en 15 ans, soit un quasi triplement des capacités d'accueil.

En 2018, 1 847 établissements déclarent une activité de SSR. Ils disposent de 120 000 lits et places, soit 25 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2018. L'hospitalisation partielle reste faible. Elle est plus présente dans le secteur privé à but non lucratif. L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.
Pour les adultes, en 2016, l'offre en lits d'hospitalisation complète est représentée pour les 2/3 par les SSR polyvalents (43 ;6%) et spécialisés dans la prise en charge des « affections de la personne âgée polypathologique » (21,1%). Un peu plus de 20% des capacités globales en HC sont constituées par les mentions « affections de l'appareil locomoteur » (12,4%) et « affections du système nerveux » (9,9%). Les sept autres mentions spécialisées représentent moins de 20% des capacités globales en HC en 2016. L'offre en hospitalisation à temps partiel est plus éclatée entre les mentions.

Le personnel médical des SSR (0,04 ETP par lit) compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et réadaptation ainsi que des gériatres. Le personnel paramédical se compose principalement de soignants (infirmiers, aides-soignants et personnel de rééducation). Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). En 2016 les personnels de rééducation représentent 12,4% des PNM.

Capacités et activités des SSR selon leur statut juridique en 2018 (DREES)

	Secteur public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	**905** ↗	**467** ↗	**475** ↗	**1847** ↗
Lits et places HTP Part en %	**45478** ↗ 3806 ↗ 8% →	**34870** ↗ 5509 ↗ 16% ↗	**39450** ↗ 4933 ↗ 13% ↗	**119798** ↗ 14248 ↗ 12% ↗
Nombres de séjours en milliers HTP Part en %	**580**↘ 159 ↗ 27% ↗	**437**↗ 156 ↗ 36% ↗	**460**↗ 106↗ 23% ↗	**1476**↗ 421 ↗ 29% ↗
Nombre de journées en milliers HTP Part en %	**14124**↘ 1031 ↗ 7% →	**10067** ↘ 1572 ↗ 16% ↗	**13386** ↗ 1747 ↗ 13% ↗	**37577**↗ 4350 ↗ 12% ↗
DMS hospitalisation complète en journées	34 ↗	33,3 ↘	35,8 ↗	**34,4** ↗

↗ et ↘ : Augmentation ou diminution par rapport à 2017

La dépense d'assurance maladie afférente aux SSR a crû de près de 16 % entre 2007 et 2011 (6). En 2012, son montant prévisionnel représentait un peu plus de 10 % de l'enveloppe dédiée à l'ensemble des établissements de santé. Les dépenses avoisinent 8,4Md€ en 2015.
Le virage ambulatoire vise la réduction des coûts hospitaliers et se justifie par l'évolution des technologies et les préférences des patients. L'alternative à l'hospitalisation des cas "légers" suppose la différenciation entre soins spécifiques, avec ou sans hébergement, combinée à une intégration médico-sociale précoce. Si l'épidémie COVID a montré l'utilité de la réadaptation précoce en milieu aigu et celle d'une coordination MCO SSR renforcée, elle s'est aussi traduite par un effondrement temporaire des soins ambulatoires hospitaliers et de ville avec des pertes de chances dont il faudra tirer les leçons.

Les fonctions des SSR dans le système de santé français

Selon le rapport de la Cour des comptes de 2012, la spécification des SSR est inachevée car elle bute sur la confusion entre définition des prestataires et définition des fonctions de production. Alors que la classification internationale des comptes de la santé (ICHA) préconise de combiner une nomenclature des prestataires et une nomenclature fonctionnelle, les SSR ne parviennent pas à sortir du flou des missions instauré par le décret de 1980 sur le « moyen séjour ». Entre le paradigme d'intégration par catégories curatives de l'aigu et l'impossibilité d'identifier une mission d'hébergement de transition que l'hôpital attribue au secteur de l'action sociale, la fonction de réadaptation centrée sur la fonction n'est pas encore identifiée ni sous forme d'activités homogènes, ni sous la forme d'une stratégie nationale de santé.

Tableau 1 : Relation entre fonctions de production et stratégies de santé

Nomenclature fonctionnelle de l'ICHA-HC (OCDE)	Stratégies de santé (OMS)
HC.1 : Services de soins curatifs Augmentation des maladies chroniques, des patients polypathologiques et des maladies non transmissibles	Soins curatifs Stratégie curative
De HC.2 : **Services de soins de réadaptation** Augmentation des limitations fonctionnelle et restrictions d'activités. ***Intention principale : optimiser les fonctions organiques et les activités***	Soins de réadaptation Stratégie de réadaptation
HC.3 : **Services de soins de longue durée** Augmentation des besoins d'assistance dans les activités de vie quotidienne, élémentaires et instrumentales (ADL et IADL) Frontières complexes avec l'action médico-sociale et sociale	Soins d'assistance à la vie quotidienne Stratégie de soutien
HC.4 : **Services de support aux soins de santé**	
HC.5 : **Biens médicaux délivrés à des patients ambulatoires**	
HC.6 : **Services de prévention et de santé publique**	Prévention Stratégie préventive
HC.7 : **Administration de la santé et assurances santé**	
Fonction de production composite	Soins palliatifs Stratégie palliative

« Service » est entendu au sens économique de production de biens et services

La confusion persistante entre définition institutionnelle et fonctionnelle de la réadaptation

Selon le décret relatif aux implantations des SSR du 17 04 2008 : « L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée, en application de l'article L. 6122-1, ou renouvelée, en application de l'article L. 6122-10, que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer :

1) les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;
2) des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
3) la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Cette définition porte encore la segmentation française qui distinguait la réadaptation de la rééducation. La réforme en cours pourrait à l'inverse renommer les SSR « soins de réadaptation » définissant la réadaptation comme **fonction générique des structures SSR.**

En termes de système d'information, le document technique relatif à la réforme de la classification SSR dite V2021 donne à la réadaptation un sens limité au périmètre du CSARR instaurant ainsi dans l'analyse de la composante de réadaptation des séjours une boucle autoréférentielle PMSI – financement : « Le terme générique de rééducation-réadaptation utilisé jusqu'à présent est remplacé par le terme de réadaptation, qui regroupe la rééducation, la prévention, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et la réinsertion. »

Enfin la définition internationale a un périmètre moins exubérant que celui du CSARR avec ses 32 métiers codeurs : la réadaptation est définie comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement ».

En pratique les professions paramédicales concernées se limitent quasi exclusivement à la kinésithérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie, avec des variantes nationales.

Les réformes des SSR : évolution du droit des autorisations

Les nouveaux décrets ont vu leur publication retardée du fait de l'épidémie COVID19. Ils définiront les conditions d'implantation et les conditions de fonctionnement des structures autorisées en termes de compétences obligatoires et recommandées, installations et équipements, ainsi que les disciplines médicales occupant des positions de coordination. Une gradation des activités spécialisées est en cours de définition (niveaux de proximité, de recours et de référence).

Actuel (2008)	Futur (attente des décrets)
SSR polyvalents (Autorisation générique)	Mention « polyvalent » (Conditions techniques spécifiques)
Affections de l'appareil locomoteur	Mention « appareil locomoteur «
Affections du système nerveux	Mention « système nerveux »
Affections cardio-vasculaires	Mention « cardio-vasculaire »
Affections respiratoires	Mention « pneumologie »
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	Mention système digestif, endocrinologie, diabétologie et nutrition
Affections onco-hématologiques	Mention « oncologie »
	Mention « oncologie et oncohématologie »
Affections des brûlés	Mention « brûlés »
Affections liées aux conduites addictives	Mention « addictologie »
Affections de la personne âgée, polypathologique dépendante ou à risque de dépendance	Mention « gériatrie »
	Mention « pédiatrie »

Perspectives : définir des activités homogènes pour un juste financement

Dans le contexte d'activités hétérogènes, la spécification fonctionnelle des SSR sous forme d'activités homogènes sous le double aspect clinique et économique, constitue le préalable indispensable à une classification médico-économique robuste. La littérature internationale affirme la nécessité de classifications spécifiques des activités de réadaptation.

Elles nécessitent un modèle économique capable de soutenir des compétences clés, des équipements et des programmes de soins intensifs et complexes dont la pertinence n'est pas définie selon la pathologie et le degré de dépendance des patients, mais selon leur potentiel de réadaptation.

Programmes de soins en SSR

Dès lors que l'état médical des patients est stabilisé et que leurs besoins sont prévisibles, il est possible d'identifier des groupes homogènes de patients qui bénéficient d'interventions similaires et d'efficacité prouvée. Ils partageant certaines caractéristiques qui constituent des critères d'inclusion dans des programmes de soins au contenu formalisé, soutenus par des compétences, installations et équipements spécifiques.
Ces programmes multidisciplinaires et médicalisés constituent des activités homogènes en termes d'objectifs cliniques, de compétences clés à mobiliser et de consommation de ressources. Citons comme exemple des programmes relatifs aux patients atteints d'AVC, SEP, lombalgies, patients chuteurs, amputés, lombalgies chroniques, amputations complexes, obésité, insuffisance cardiaque, respiratoire etc.

Scénarios d'évolution des SSR

Le *statu quo* caractérisé par l'absence d'identification d'activité homogènes est impossible. Il conduirait à des difficultés croissantes de planification et de coordination des parcours, à un lissage financier menaçant la qualité et la sécurité des soins, à la fragilisation des bonnes pratiques cliniques et des compétences développées en SSR.
L'intégration verticale maximale poursuivrait la logique de flux poussés depuis l'aigu, aboutissant à privilégier la fluidité ; de façon plus marquée au sein des GHT au détriment de la pertinence des programmes de soins.
Le troisième scénario concile intégration et différenciation. Il vise l'identification d'activités homogènes fondées sur l'organisation de la réponse aux besoins :

1) **Identifier des activités homogènes** : analyser les composantes de la valeur des séjours en spécifiant les fonctions des SSR et la gradation des programmes de soins. Il est recommandé de s'appuyer sur la nomenclature fonctionnelle de l'ICHA, qui analyse trois fonctions principales intriquées à des degrés variables :

- Soins curatifs : soins curatifs prolongés plus ou moins médicalisés
- Réadaptation : degrés de spécialisation, médicalisation pluridisciplinarité
- Assistance aux activités de la vie quotidienne (notion de soins de transition)

L'offre actuelle est marquée par l'absence d'identification et de véhicules financiers adaptés d'une part pour des activités de soins de suite prolongés lourds, requérant des compétences de médecine interne et/ou de gériatrie, d'autre part pour des activités de réadaptation spécialisées et très spécialisées requérant des compétences et plateaux techniques de médecine de réadaptation.

2) **Définir des conditions de fonctionnement robustes** garantissant accessibilité et qualité des programmes de soins pour ces trois fonctions, ce qui suppose des critères opposables précis en termes de ressources humaines, en termes de qualité et de pertinence des soins..

3) **Réformer radicalement le système d'information (3)** : PMSI-SSR et Comptabilité analytique hospitalière (CAH) doivent mieux capter les inducteurs d'activités homogènes, notamment la sévérité des pathologies, le statut fonctionnel et le potentiel de réadaptation. Il faut aussi capter la part des facteurs socio-environnementaux. La réadaptation n'est pas aujourd'hui analysée comme activité principale mais comme activité auxiliaire dans des sections d'analyse « médico-techniques ».

4) Fonder la part de financement à l'activité sur l'homogénéité clinique et économique des séquences de soins : la séquence permet, mieux que le séjour (4) :

- de décrire des activités homogènes en termes d'objectifs cliniques et de coûts au sein d'un séjour SSR
- de financer avec pertinence, au juste coût, les programmes de soins
- d'identifier des programmes de soins gradés notamment selon la complexité et l'intensité de la réadaptation requise et des compétences et plateaux techniques mobilisés.

1 Schwach V. Les SSR : hier, aujourd'hui et demain ? 2014. Fondation Arc-en-ciel
2 DREES. Les établissements de santé. Edition 2020
3 Devailly JP. SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ? Revue Hospitalière de France n° 590, septembre-octobre 2019.
4 Rode G et al. Financement SSR Pour un modèle reposant sur la Classification internationale du fonctionnement. Revue Hospitalière de France. Décembre 2013.

KINESCOPE a souhaité poursuivre l'ouverture de ce dossier en sollicitant l'avis et le vécu de Brice Martine directeur de SSR.

CRF, CMPR, ou plus simplement centre de rééducation, établissement de convalescence, ou encore moyen séjour, autant d'appellations différentes qui ont été utilisées pour désigner des activités sanitaires regroupées dans le cadre d'un tournant évolutif de l'offre de moyen séjour derrière une seule et même appellation : le SSR. Mais à quoi correspond le SSR d'aujourd'hui ? Et quelles sont les transformations en cours sur cette activité qui, selon le type de structures, peut revêtir des réalités radicalement différentes ?

Il était une fois le Soins de Suite…

Entre de grands centres de rééducation très spécialisés de plusieurs centaines de lits, disposant d'équipements de pointe, de bassins de balnéothérapie d'envergure, de gymnases, mais aussi d'équipes de rééducateurs particulièrement étoffés, et à l'opposé des services de SSR parfois de quelques lits seulement, adossés éventuellement à une activité de court séjour avec pour tout plateau technique une petite salle de rééducation disposant d'une table et de barres parallèles, nous avons là deux extrêmes de cette activité. Le quotidien pour un kinésithérapeute salarié n'y sera pas du tout le même. Profil des patients, complexité de certaines prises en charge, temps allouable au patient, recours possible ou non à d'autres compétences rééducatives… autant de paramètres qui vont différer selon les établissements. Hétérogénéité donc des structures, des équipes déployées, des plateaux techniques spécialisés. Peuvent se poser aussi les questions de différences en fonction du secteur d'activité (public, privé lucratif/ privé non lucratif), qui il est vrai peut amener quelques différences dans les statuts, dans l'approche parfois aussi, même si le Directeur positionné au sein de la structure amène également sa propre « touche » sur la manière de gérer.
Le SSR peut donc avoir des visages bien différents même si ses missions restent toujours sur un socle commun : rééducation, réadaptation, réinsertion.

A ce jour les activités de SSR sont définies réglementairement par un décret datant de 2008[i] précisant leurs conditions techniques de fonctionnement. Il existe une activité de Soins de Suite dite polyvalente correspondant au socle commun attendu pour l'ensemble des SSR, et des mentions spécialisées octroyées ou non aux établissements qui les sollicitent et qui doivent alors répondre à un cahier des charges supplémentaires (compétences requises, intensité attendue de prise en charge, équipements spécifiques, etc.). Elles sont au nombre de 9 : appareil locomoteur, système nerveux, système cardio-vasculaire, système respiratoire, systèmes digestif métabolique et endocrinien, onco-hématologie, patients brûlés, addictologie, personne âgée poly-pathologiques.

Dans une vision un peu classique du parcours patient, le SSR constitue souvent une étape entre une hospitalisation en service de court séjour et le retour à domicile ou dans un lieu de vie adapté. Pour quelques semaines ou au plus quelques mois, le patient vient bénéficier de soins dispensés par des équipes pluri-professionnelles médico-soignantes et rééducatives. Dès la pré-admission, puis au fil des staffs, réunions de synthèse, tours médicaux, consultations sur le plateau technique ou tout autres dispositifs de coordination, le projet thérapeutique est rediscuté, le suivi de la rééducation réalisé et la sortie préparée – idéalement avec le patient, son entourage. Toutefois au-delà de ce parcours type des variantes commencent aussi à émerger.

Un secteur en transformation permanente

Il n'est pas nécessaire de regarder bien loin en arrière pour confirmer que le SSR s'est transformé ces dernières années. Nous pouvons citer à titre d'exemple :

- la relocalisation de grands centres antérieurement situés à l'écart des bassins de population sur d'anciens sanatoriums pour se rapprocher des plateaux techniques et services d'établissements hospitaliers de court séjour ; Des établissements de secteurs géographiques entiers comme le plateau de Saint Hilaire du Touvet vers Grenoble ou le plateau d'Assy en Haute Savoie, se sont inscrits ou s'inscrivent encore dans ce mouvement ;
- la transformation progressive de lits d'hospitalisation complète vers de l'hospitalisation de jour dans le cadre du « virage ambulatoire » souhaité par les Agences Régionales de Santé, et la mise en place d'équipe mobiles de rééducation plus récemment ;
- l'évolution notable des pathologies accueillies, que ce soit du fait de progrès en médecine (nous n'accueillons plus aujourd'hui de patients pour un motif de Polyarthrite Rhumatoïde ou de Spondylarthrite Ankylosante par exemple, et l'accueil de patients pour des suites de chirurgie orthopédique simple est plus discutée de par l'évolution des techniques chirurgicales), de certaines politiques également (moins d'accidents de la route comparativement aux années 2000, donc moins de blessés médullaires, de plexus brachiaux, d'amputations traumatiques,...) Le profil des patients s'est globalement alourdit, « médicalisé », du fait notamment d'une rotation des lits renforcée dans les services de court séjour, et du vieillissement global de la population ;
- le renforcement de la place de certains métiers rééducatifs au sein du SSR : essor de l'APA, de la neuropsychologie, de la psychomotricité, etc. La place des kinésithérapeutes, profession historiquement bien instituée dans les centres de rééducation fonctionnelle a de fait un peu évoluée et l'articulation entre métiers de la rééducation s'est affinée. La capacité à travailler en interdisciplinarité est bien sûr devenu un incontournable aujourd'hui ;
- le contenu même des activités cliniques qui évolue : structuration des démarches d'éducation thérapeutique du patient afin de le rendre proactif dans ses soins, déploiement de la pharmacie clinique afin de sécuriser l'approche vis-à-vis du médicament, etc. ;

- l'évolution de la place des usagers, et globalement de son rapport au corps médico-soignant ou à la vie d'un établissement de santé, l'instauration des représentants des usagers. Tout ceci s'est inscrit dans une dynamique qui a pris de l'ampleur : la « démocratie sanitaire ». Le SSR est aussi de plus en plus comparé sur ses indicateurs qualité, affichés au grand public sur des plateformes telles que ScopeSanté, va encore désormais participer à de nouveaux recueils de satisfaction d'usager accessibles au grand public via le dispositif E-SATIS, etc. Bref les actions menées en la matière visent à offrir progressivement plus d'informations à destination du consommateur pour lui permettre de faire des choix éclairés ;
- l'essor des « démarches qualité » et sa transformation profonde tant dans le contenu attendu que sur son impact potentiel sur un plan économique. Entre l'accréditation menée par l'ANAES lors de sa première version dans les années 2000 et la certification HAS V2020 qui va sortir prochainement, l'approche de cette démarche diffère complètement car elle se focalise désormais davantage sur les pratiques professionnelles, sur l'expérience perçue par le patient, sur les évènements indésirables notamment. Et aujourd'hui nous connaissons aussi les prémices d'une corrélation entre certains indicateurs qualité et le financement de l'établissement SSR dans le cadre du dispositif IFAQ déployé récemment ;
- le financement des établissements, toujours très structurant en tant que tel et qui évolue sur d'autres aspects : les SSR évoluent et vont évoluer avec l'introduction d'une petite part modulée à l'activité, appelée « DMA », censée réduire les inégalités entre des modes de financement parfois historiquement très disparates (cette part DMA devant théoriquement évoluer significativement à la hausse au fil du temps), la mise en place de coefficients de spécialisation valorisant financièrement comme son nom l'indique la sur-spécialisation ou non de certains SSR, la prise en compte économique de certains plateau techniques spécialisés (balnéothérapie, isocinétisme etc.) sous réserve à terme d'un certain niveau d'utilisation, etc. La gestion médico-économique des établissements s'est renforcé pour inciter à davantage de performance aujourd'hui. Meilleure vision des « bons » et « moins bons » élèves sur l'activité réalisée eu égard au financement alloué via les données du PMSI, renforcement aussi de fait parfois de la concurrence entre les SSR pour accueillir certains profils de patients souhaités.

La liste pourrait être longue, mais de fait, les aspirations de la société, les évolutions législatives, techniques (y compris numériques), celles du monde de la santé tant dans les soins que sur la gestion d'ailleurs, impactent fortement ce secteur d'activité.

Quelles évolutions pour demain, quels enjeux…

Alors, demain ? Qu'en sera t'il du SSR et de ses modalités d'exercice?
Un nouveau décret devait voir le jour en 2019, mais il a été repoussé. Néanmoins certains des mouvements de fond précédemment évoqués (place de l'usager, place de la qualité, corrélation du financement à l'activité) sont bel et bien enclenchés.

En matière de prospective, la réflexion peut être utilement alimentée par les nouveaux dispositifs mis en place, les thématiques d'appels à projets des ARS, les orientations retenues dans les Plans Régionaux de Santé. Elles traduisent des tendances de fond, des attentes. Elle pourra également être complétée par la comparaison avec ce qui se fait ailleurs, à l'étranger. A ce propos, l'ANAP a sorti une analyse comparative sur différents modèles de SSR existants[ii] dans plusieurs pays d'Europe. Il en ressort synthétiquement une atypie française avec certains pans d'activité couverts chez nous en hospitalisation complète ou de jour et confiés ailleurs au secteur libéral, le SSR restant davantage centrés sur des cas complexes. Même si pour cela, il faudrait probablement

avoir une structuration un peu différente du secteur libéral, même si la crise COVID a montré que nous avions quand même besoin de lits d'hospitalisation complète pour venir en appui aux hôpitaux, ce virage ambulatoire initié et les actions visant à renforcer le SSR hors les murs devraient s'intensifier sur les prochaines années.

Ainsi, sur les modes d'exercice, nous parlons pour demain de s'ouvrir sur l'extérieur, de s'articuler avec la ville, de s'impliquer dans des nouveaux dispositifs de coordination avec les professionnels libéraux tels que les communautés professionnelles territoriales de santé, de proposer davantage encore de consultations externes, de consultations avancées dans des structures médico-sociales, de s'interroger aussi sur la construction de réponses complémentaires via le télé-soins et la télé-réadaptation, de renforcer un peu plus encore les dispositifs d'équipe mobile. Un SSR structure de référence pour les spécialités déployées, ouvert sur l'extérieur pour venir en appui à la médecine de ville dans certains champs d'expertise.
Le champ de la prévention, insuffisamment exploité aujourd'hui, sera aussi certainement, un axe fort sur lequel il faudra se positionner.

Sur le plan financier, le nouveau modèle en projet, bien que non stabilisé, prévoirait une part de financement sur une base socle, et des compartiments pour valoriser la qualité, l'activité ; Les enjeux se situeront donc sur une juste maîtrise des durées de séjour, l'accueil de patients aux profils attendus, l'atteinte de certains seuil sur des indicateurs qualité. Rentrer au moins en partie dans le moule souhaité par les financeurs. Cette part modulée à l'activité amènera certainement à des réorganisations, notamment pour les établissements sur-dotés, afin de tenir des modèles équilibrés à terme. D'autres réflexions sont également en cours notamment sur un financement au parcours du patient, soulevant d'autres enjeux comme la capacité à atteindre un résultat de manière global MCO/SSR/Médecine de ville.

Enfin un dernier défi, et possiblement le plus grand sera celui des ressources humaines : capacité du SSR à recruter sur des métiers en tension, et surtout à recruter des profils de professionnels adaptés tant en matière de compétence technique que dans leur capacité à s'inscrire dans une dynamique de groupe, capacité à adapter les équipes à de nouveaux modes de prises en charge, capacité enfin à se projeter avec de nouvelles modalités d'exercice (cf. pratiques avancées).
Car, le SSR est justement et avant tout, une aventure collective et que c'est dans cette capacité à mobiliser ce collectif sur les enjeux de demain que va se jouer son avenir.

Brice MARTINE Directeur
SSR Site Camille Blanc
Groupe MGEN 74 EVIAN

Vous aussi vous souhaitez témoigner de votre quotidien professionnel ?

signalez-vous par mail :
contact.cnks@gmail.com

KINESCOPE a souhaité conclure l'ouverture de ce dossier en sollicitant l'avis et le vécu d'Andrée Gibelin cadre de rééducation.

Ma vie professionnelle de MK et de cadre de rééducation dans le secteur SSR depuis 1980.
Ces quarante années passées, ont été riches de nombreuses évolutions du système de santé et en particulier des modalités d'exercice du métier de masseur kinésithérapeute salarié. Nous avons aujourd'hui du mal à nous souvenir qu'avant les années 1990 le Web n'existait pas (1993) et que les échanges se faisaient par courrier postal et appels téléphoniques.
Le développement des nouvelles technologies a impacté fortement la manière d'exercer un métier qui jusque-là n'avait à répondre qu'aux demandes de patients souvent mal informés et à des prescriptions déjà très détaillées. En effet, les médecins détenant le Certificat d'Etudes Spécialisées de Rééducation[iii] (1965) exerçaient essentiellement dans ces structures dont le cœur de l'activité et la raison d'exister sont toujours la rééducation et la réadaptation. Le métier d'ergothérapeute était enseigné, à Lyon en particulier, en mutualisation complète des cours hors matières spécifiques, la collaboration professionnelle allait de soi pour nous, puisque nous étions issus des mêmes promotions. Notre activité était centrée sur la prise en charge, l'évaluation bien codifiée en neurologie premier champ de mon exercice professionnel était tracée dans des dossiers papier.

Le PMSI et les 35H

Dans les années 90 est apparu en parallèle à l'informatisation des dossiers et à l'attribution d'adresses mail personnelles, le Programme de Médicalisation du système d'information. Le projet était arrivé en France en 1982, inspiré de l'expérience américaine. Une circulaire a généralisé, en 1989, le recueil du PMSI dans le secteur public et a créé les DIM (Département d'Information Médicale), mais c'est la loi du 31 juillet 1991, qui impose à tous les établissements de santé, aussi bien publics que privés, de procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. L'ensemble des établissements privés ont dû mettre en place le PMSI dès 1997. Ce n'est que depuis la loi de 2003 sur la Tarification à l'Activité (T2A) que le PMSI a commencé à être utilisé à des fins tarifaires.

Une révolution pour les Masseurs Kinésithérapeutes salariés à qui on a imposé le recueil de l'activité réalisée sous forme de codes et de temps passé. Une augmentation de la part administrative du temps de travail souvent subie avec beaucoup de récriminations par les équipes. La compliance à cette réforme a été impactée par la réforme du temps de travail imposée à partir de 2000 et qui a de fait réduit le temps effectif disponible puisque l'augmentation des postes n'a pas compensé la diminution du temps de travail, et qu'aujourd'hui encore on budgète les remplacements des congés annuels mais pas ceux des jours de RTT.

L'accompagnement de ces changements a été d'autant plus ardu, que la formation de Cadre, valorisée alors par un diplôme de Moniteur Cadre (1976-1995), effectuée en 1988-89 ne m'avait pas vraiment préparée à l'analyse des politiques de santé publiques et à leurs conséquences sur la réalité du travail de rééducateur.
Il a fallu accompagner une génération de MK qui n'avait pas été formatée à l'usage de l'outil informatique et qui a beaucoup souffert de devoir diminuer le temps passé auprès du patient qui constituait et qui constitue encore aujourd'hui la motivation première à choisir ce métier. L'accompagnement des autres rééducateurs, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens a été différent, sans doute parce que leur culture professionnelle est plus ancrée sur l'écrit.

Les changements au niveau du matériel

Mais les nouvelles technologies n'ont pas apportés de modifications que sur l'aspect de gestion administrative, et n'ont pas que des effets ressentis comme négatifs.
Dans un premier temps la motorisation des tables de massage, de verticalisation et des podiums a considérablement amélioré nos conditions de travail. L'utilisation de systèmes de transferts depuis les appareils sur roues jusqu'aux rails au plafond ont représenté une évolution importante surtout dans le champ de la neurologie.
De nouveaux outils de travail sont apparus, la rééducation de la fonction de l'équilibre a été objectivée avec les plateformes de posturolologie. Des appareils de suspension allégée sont venus aider à la rééducation de la déambulation, la robotisation a permis aux machines de prendre le relais des mobilisations manuelles de l'arthromoteur à l'Armeo.

L'accueil des étudiants a toujours été d'une grande richesse en remettant en question la pratique. L'accompagnement en stage a demandé aux professionnels de terrain de s'adapter d'abord à l'arrivée d'étudiants passés par la filière PACES, puis formés en 4 ans, avec l'inquiétude de devoir transmettre à de futurs confrères armés de meilleures connaissances théoriques. Les mémoires cliniques ont apportés une aide à la réflexion sur les pratiques professionnelles. Le recrutement d'anciens stagiaires a permis dans les équipes avec qui j'ai collaboré, de profiter de la richesse des échanges intergénérationnels.

La place du cadre de rééducation en SSR

Avec la structuration de l'organisation des SSR, la participation à de nouvelles instances comme la CSIRMT, généralisée dans certains SSR privés dans les années 2000, a élargi le champ d'intervention du cadre de rééducation et favorisé la connaissance des autres professionnels paramédicaux, contribuant ainsi à favoriser l'interdisciplinarité. L'apparition de nouveaux métiers qui ont élargi la composition des équipes de rééducation, comme les professionnels de l'Activité Physique Adaptée, ont été l'occasion de continuer à élargir le champ des connaissances et a mesurer le bénéficie des formations universitaires avant même que nous ne l'intégrions. Il a fallu et il faut encore travailler sur une meilleure connaissance les uns des autres pour favoriser le « travailler ensemble » au bénéfice des usagers.

Toujours dans le secteur privé, la participation du cadre de rééducation n'est pas exclue des comités d'encadrement et permet d'avoir un accès plus direct à la direction et de mieux comprendre les orientations stratégiques des établissements.
Le rôle d'intermédiaire souvent imagé avec la métaphore d'être « entre le marteau et l'enclume », entre les directives managériales des pilotes des établissements et les équipes, pour qui il faut traduire les décisions, souvent ressenties comme des injonctions imposées par des cadres administratifs très éloignés de leurs pratiques quotidiennes et semblant plus préoccupés de l'aspect économique du fonctionnement de l'établissement que de la qualité de la prise en charge, et par voie de conséquence de la qualité de vie au travail des rééducateurs. L'accompagnement des projets professionnels des rééducateurs, vers l'amélioration des compétences et en particulier le repérage des futurs cadres est l'une des parties les plus passionnantes de l'activité.

Au fil des années et avec le recul des évènements conviviaux qui étaient monnaie courante dans les années 80, fêtes de Noel, rencontres inter centres, où la distance entre les instances dirigeantes des établissements et les professionnels de terrain se réduisait, améliorant ainsi le

dialogue et la compréhension les uns des autres, le management « gestionnaire pur » a pris plus de place. Malgré tout de beaux projets se sont concrétisés grâce au travail conjoints des équipes médicales de réanimation, de rééducation et paramédicales pour formaliser la rééducation en post réanimation, les unités EVC-EPR. Les évolutions technologiques n'ont pas limité une meilleure connaissance des effets de la présence animale pendant la prise en charge. Et si les établissements se sont progressivement rapprochés des zones urbaines, les lapins, les chiens, les chevaux ont commencé à pouvoir entrer dans les SSR. L'évolution de l'hygiène très peu élaborée dans les années 1980 a été spectaculaire dans le monde de la rééducation salariée. Les premières formations spécifiques d'hygiène en rééducation fonctionnelle mises en place à la fin des années 1990 avec les CCLIN ont permis de voir la rapide modification des pratiques.
L'opportunité de participer à des recherches cliniques et la mise en place de l'un des premiers GHT ont été des expériences extrêmement enrichissantes, me permettant de mieux connaitre le secteur public.

De fait il n'y a rien que je n'ai pu expérimenter en tant que MK ou Cadre de Santé du fait de mon statut de salarié du secteur privé par rapport au public, et certains projets ont surement pu aboutir plus rapidement du fait de la proximité des services administratifs et logistiques au sein d'établissements de taille moyenne (entre 76 et 380 lits et places).

Les perspectives

Comme les SSR se sont éloignés des campagnes et des montagnes, il semble que nous soyons dans un mouvement d'éloignement physique du patient au travers de l'évolution de la télé réadaptation. Ce qui n'est pas sans questionner l'un des aspects fondamentaux de la prise en soin rééducative, le toucher l'autre. Grâce à l'évolution des technologies de communications, j'ai appris à manager à distance des équipes travaillant sur des sites multiples. Les rééducateurs vont devoir apprendre à faire de la rééducation à distance sans pour autant perdre l'élément humain fondamental à la relation thérapeutique. Cette évolution va nous contraindre à nous rapprocher du réseau de ville, à améliorer nos collaborations et sans doute à développer au-delà des équipes mobiles d'évaluations des équipes mobiles de soins ainsi que cela a été évoqué avec nos collègues médecins MPR lors des dernières JNKS.

Andrée Gibelin
Cadre de Rééducation
SSR Site Camille Blanc
Groupe MGEN 74 EVIAN

[i] Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

[ii] SSR et expériences étrangères, Marc PULIK et Karim HATEM, Journée nationale du 6 juillet 2017, http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2017/07/3.ANAP_SSR_REX_Etrangers-1.pdf

Dernière minute : selon les derniers projets de décrets SSR, dont la publication serait imminente, les établissements « SSR » deviendraient « soins médicaux et de réadaptation » évitant ainsi d'attribuer un rôle seulement post-aigu à la réadaptation.

EVENEMENTS

STKS

soirées thématiques kinésithérapie salariée en visio-conférence

Jeudi 26 novembre 2020 de 18 h à 20 h

«RPS, burn out, stress post traumatique…des rééducateurs»

Annie Debard, docteur en psychologie du travail et des organisations
& Andrée Gibelin, cadre rééducateur et psychologue du travail

INSCRIPTION GRATUITE : 80 places

par ordre d'arrivée sur simple demande
à contact.cnks@gmail.com en indiquant :
STKS 1 nom, prénom, profession + fonction & établissement

D'ici là PARTICIPEZ à l'

ENQUETE EXPRESS

(ou selon votre fonction faites participer)
SANTE – VIE AU TRAVAIL / post confinement --->

https://fr.surveymonkey.com/r/QVT_PostConfinement