

Apostille

« J'ai souvent participé aux JNKS, à chaque fois j'ai trouvé ce que je cherchais : des échanges, des innovations, des interventions de qualité, l'assurance d'une relève professionnelle impliquée et talentueuse... me voilà aujourd'hui à la retraite et je vous souhaite, je souhaite à notre beau métier, le meilleur pour la suite, et merci de continuer à y contribuer... »

Kinémenvotre,
Jean-Rémi Cavalier

SOMMAIRE

PERISCOPE p.1

KALEIDOSCOPE p.2 à p.51

Résumés des interventions des
JNKS 2021

INFOSCOPE p.52 à p.57

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

Directeur de publication : Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :
Yves Cottret & Olivier Saltarelli

Comité de rédaction :
Valérie Corre, Christophe Dinet,
Andrée Gibelin, Véronique Grattard,
Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images libres de droit

Périscope

JNKS 2021 : un cru particulier

Le CHU de Reims et ses équipes nous attendaient déjà en 2020 ... Hélas les reprises épidémiques, l'an dernier comme cette année, ont mis à mal ce projet. Rendez-vous ensemble en « présentiel » en 2022.

Pour ce séminaire annuel – qui fête sa 25^{ème} édition - destiné aux kinésithérapeutes, cadres kinésithérapeutes salariés, en lien avec les acteurs de la Rééducation/ Réadaptation, nous inaugurons et déclinons une nouvelle trilogie : « **Pratiques Professionnelles &** ».

Kaléidoscope des Pratiques Professionnelles dans toutes leurs dimensions - sociologiques, réglementaires, statutaires ainsi que « techniques » et pratiques par la contribution des GI et Associations de la SFP, - ce rendez-vous 2021 marque aussi, à la mi-mandat de l'équipe du Bureau National 2019 – 2023, la dynamique prospective d'un (re)nouveau du projet associatif du CNKS.

À l'heure des avancées de la profession dans un monde de la santé en profonde mutation, tant sur le plan universitaire, réglementaire et statutaire, il est urgent et important que les kinésithérapeutes salariés - en lien avec leurs confrères - et en interprofessionnalité avec tous les autres acteurs de la santé et plus particulièrement ceux de la réadaptation - s'inscrivent dans une mobilisation et participation à la construction d'une nouvelle **Stratégie Nationale de la Réadaptation & des Professions Alliées**.

Le CNKS résolument engagé dans cette voie, invite tou-te-s les collègues kinésithérapeutes salarié-e-s à se mobiliser, à contribuer à ses réflexions et propositions : ~> www.cnks.org

Questionnons ensemble l'attractivité et la fidélisation, la certification et les financements SSR, les nouvelles technologies, l'universalisation, l'organisation des soins et les risques professionnels pour anticiper les rôles missions et fonctions des kinésithérapeutes salariés de demain. Pensons aujourd'hui l'utilité sociale et médico économique d'un « **curriculum** » en amont et en aval des pratiques et du diplôme d'exercice, en élaborant les déclinaisons de demain : d'Assistant en Soins de Réadaptation, de Praticien-Chercheur, de Kinésithérapeute en Pratique Avancée et de cadre de rééducation

Pierre Henri Haller,
Président

*Une carrière qui n'est en rien « curriculum » administratif
ni « cursus » réglé à l'avance ! Jankelevitch 1957*

[Session 1] Pratiques Professionnelles & Politiques Publiques

Liminaire

Force est de constater que les derniers 21 mois, ceux de la pandémie, ont fait ou ont vu beaucoup de (r)évolutions - quoi qu'il en coûte, quoi que l'on en pense, quoi que le droit, la coutume, et l'habitude aient installé de façon quasi séculaire - dans de nombreux domaines et même des bouleversements des certitudes très ancrées.

Et le monde de la santé - en première ligne - de la lutte contre ce fléau n'a pas été épargné ou a bénéficié, selon que l'on soit pessimiste ou optimiste, d'avancées fulgurantes sur des dossiers parfois englués depuis des années. Il en va ainsi en ne regardant que sur notre profession - même si d'autres professions ont eu « la même chose » - du télésoin, du master, de la revalorisation et reclassification des emplois salariés du Ségur de la Santé.

Mais au-delà de ces « immédiats » c'est semble-t-il la promesse d'un monde qui change, qui doit changer qu'il faut regarder, anticiper, et co-(re)construire.

En posant, rappelant ou informant, sur quelques principales réformes avenues ou à venir le CNKS souhaite une fois encore appeler à une réflexion prospective forgée de pertinences et de cohérence... une réflexion prospective dans laquelle

- il ne faut plus confondre sciemment ou inconsciemment autonomie et indépendance, pratique avancée et accès direct, première intention et premier recours, interprofessionnalité et pluriprofessionnalité, expertise et spécialisation, plan de carrière et déroulement de carrière, enseignant-chercheur et praticien-chercheur ...*
- la stratégie des nombres s'efface au profit de l'intelligence collective, la persuasion fait place à la conviction, la suprématie condescendante est supplantée par l'attention réciproque*
- l'adaptabilité et l'altérité sont au service de la cause que tout professionnel de santé doit mettre en exergue à savoir la réponse aux besoins des patients et de la population plus largement*

C'est in fine, encore et toujours, la question de l'utilité sociale et de la plus-value médico-économique qui doivent guider ces réflexions sur le « pour quoi » avant de parler du « comment ». C'est utile, nécessaire et indispensable pour être visible et lisible.

Séгур de la Santé ... et après

Le Ségur de la sante (ainsi nommé en référence à l'adresse historique du ministère) s'inscrit dans et fait suite à la crise sanitaire liée à la Covid 19 que nous traversons encore.

Pour autant déjà bien en amont, depuis plusieurs années, les établissements de santé mais plus généralement le monde de la santé manifestaient, au sens propre comme au figuré, des signes d'un système, d'un fonctionnement, devenant incompatible avec la qualité et la sécurité dues aux patients et avec la reconnaissance et la qualité de vie dues aussi aux soignants.

La formidable mobilisation - et abnégation – des professionnels de santé face à la crise qui fut saluée à tous niveaux a conduit le gouvernement à tenter de répondre aux attentes des professionnels. Des mois de négociations avec plusieurs volets aux accords qui ont été signés par certaines organisations syndicales.

Des « avancées statutaires » découlent de ces accords (déroulements de carrière, grilles salariales ...),... mais aussi des perspectives d'amélioration des conditions de travail, de reconnaissance de certaines professions annoncées sont encore en discussion !

Ces mesures sont-elles
suffisantes ou insuffisantes ?
satisfaisantes ou insatisfaisantes ?
efficaces ou inefficaces ?
équitables ou inéquitables ?

Les multiples conséquences des vagues successives de la pandémie - qui épuisent un peu plus chaque jour l'ensemble des équipes par les contraintes que la prise en charge des patients Covid19 implique – ne semblent pas forcément être « atténuées » par ces « avancées » : l'envie de quitter l'hôpital, de changer de métier, ... serait toujours aussi forte voire accrue.

Qu'en sera-t-il dans quelques semaines ou mois quand les mesures seront toutes en application et quand, espérons-le, le quotidien des équipes sera radicalement simplifié ?

Initialement le Ségur de la sante s'est principalement intéressé au monde sanitaire alors que le monde médico-social s'est lui aussi trouvé en grandes difficultés face aux personnes fragiles comme la précédente crise dans les ehpad nous l'avait montré.

Cette communication est l'occasion :

- de faire un point sur l'évolution des salaires que le Ségur a permis ainsi que le déroulé de carrière par statut et convention collective,
- d'évoquer les marges de manœuvres internes que devrait permettre le Ségur.

Julien Grouès
Kinésithérapeute
Exercice mixte

Evolution du CSARR

Evolutions et perspectives de la description des activités et du financement de la réadaptation en SSR.

Les évolutions du cadrage des actes PMSI SSR s'inscrivent dans un contexte de réforme en cours de la tarification des établissements et des autorisations d'activités SSR.

La classification médico économique des activités de soins a débuté dans les années 1980 sur le modèle américain défini par le Pr FETTER grâce à Mr De KERVASDOUE qui a été l'instigateur de la création des DIM en 1983 et du Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information qui deviendra ensuite Programme gardant ainsi l'acronyme PMSI. Ces classifications se situent dans la description a posteriori des prises en charges et non dans l'évaluation des besoins.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a été créée en 2000 regroupant le Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (Pernns), chargé de la maintenance des nomenclatures de santé et de la réalisation de la classification médico-économique en MCO ; le centre de traitement des informations du PMSI (CTIP), chargé du traitement des données nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la diffusion des logiciels de recueil et de production des données et la mission PMSI du ministère de la Santé.

L'outil de description d'activité est devenu, comme pour le modèle américain un outil d'allocation de ressources.

La réforme du financement des activités de SSR a été introduite par la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) en 2016. En 2017 a été mise en œuvre la 1ère étape de la réforme, combinant anciennes et nouvelles modalités de financement.

Ainsi depuis quelques années les établissements de soins de suite et de réadaptation sont financés sur la base d'une fraction majoritaire des anciennes modalités de financement à hauteur de 90% (dotation annuelle de financement pour les établissements publics et privés à but non lucratif mentionnés au a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et sur la base de prix de journée et autres suppléments pour les autres établissements privés mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du même code) et d'une fraction minoritaire des nouvelles modalités de financement à hauteur de 10% fondées sur la part activité de la dotation modulée à l'activité (DMA) prévue à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale. Des financements complémentaires Molécules onéreuses, MIGAC/MERRI, Plateau Technique Spécialisé (PTS), IFAQ sont ajoutés.

Le poids de la réadaptation aujourd'hui est peu pris en compte, l'algorithme privilégiant l'impact des groupes nosologiques et de la dépendance. Les perspectives sont celles d'une nouvelle classification SSR des groupes médico économiques (GME) définie sur les 4 axes suivants :

- Prise en compte de la pathologie principale ou prise en charge principale
- **Prise en compte du type de réadaptation** (défini par les actes CSARR, CCAM, l'âge du patient, pédiatrie)
- Prise en compte du Niveau de lourdeur
- Prise en compte du niveau de sévérité (les diagnostics associés significatifs)

Les types de réadaptation vont varier de Réadaptation spécialisée importante (S) : existence d'actes de réadaptation spécialisés marqueurs de déficiences liées à la pathologie principale) à Réadaptation Importante globale (T) ou Réadaptation Autre (U) et Réadaptation pédiatrique pour l'hospitalisation complète. Pour l'hospitalisation de jour, on distingue Réadaptation Pédiatrique (H), Réadaptation Très intense (I), Réadaptation intense (J), Réadaptation Modérée (K) et Indifférenciée (L).

Les niveaux de lourdeur correspondant à la lourdeur médico-économique due aux caractéristiques du patient en dehors de ses diagnostics seront : l'âge à l'entrée, l'antériorité chirurgicale à l'entrée et la dépendance

maximale physique et cognitive au cours du séjour. Jusqu'à décembre 2021, la version officielle et tarifante de la classification reste la version GME v2021.

Actuellement le référentiel de cotation est un catalogue (Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation : CSARR) d'actes comportant depuis la version 2021, 512 actes et 9 modulateurs. (Sa version précédente en comportait 545). Il a succédé en 2012 au Catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) qui comportait 217 actes. Trente et un + 1 (*autres intervenants*) métiers sont actuellement autorisés à coder. Les perspectives d'évolution sont une simplification du catalogue en réduisant le nombre d'actes et en les regroupant par objectif de réadaptation.

Andrée Gibelin
CDS MK

Evolution des Certifications

La certification est une activité par laquelle un **organisme** reconnu, **indépendant** des parties en cause, donne une **assurance écrite** qu'une organisation, un processus, un service, un produit ou des compétences professionnelles sont **conformes** à des **exigences** spécifiées dans un **référentiel**.

La certification s'adresse avant tout au client final, qu'il soit **consommateur** ou **utilisateur**. Elle est la preuve objective que le produit ou le service acheté ou fourni dispose des caractéristiques

définies dans une norme ou un référentiel, et qu'il fait régulièrement l'**objet de contrôles**.

Certification des établissements de santé

Source HAS

En place depuis plus de 20 ans, la certification des établissements de santé correspond à une évaluation obligatoire de la qualité et de la sécurité des soins.

Ce processus concerne l'ensembles des établissements, qu'ils soient publics ou privés.

La démarche de certification a été initiée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière. Depuis, cette démarche a constamment évolué pour s'adapter aux exigences en matière de qualité et sécurité des soins.

Certification V2014

Actuellement les établissements de santé sont pour la plupart encore dans le cadre de la certification dite « v2014 ».

La certification « V2014 » introduit la notion de compte qualité qui devient le point d'entrée dans la procédure.

De nouvelles méthodes de visite sont également mises en place : audits de processus sur les thématiques du manuel, méthode du patient traceur...

La HAS a choisi une approche par thématique pour l'élaboration du compte qualité comme pour les audits de processus (management de la qualité et des risques, prise en charge médicamenteuse du patient, droits du patient...). Quant à la méthode du patient traceur, elle permet, dans un temps limité, de réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, en identifiant des points positifs et des points à améliorer, d'intégrer l'expérience du patient et de ses proches et de s'intéresser au cœur de métier des professionnels soignants. Ce n'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique.

La visite de certification a lieu tous les 4 ans. Elle est réalisée par des experts-visiteurs formés et missionnés par la HAS.

Certification V2020

En 2020, la procédure de certification se transforme profondément pour répondre encore mieux aux enjeux actuels de qualité et de sécurité des soins. La nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité de soins est simplifiée, ancrée dans les pratiques des soignants et centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient.

La pandémie actuelle a retardé sa mise en place dans les établissements concernés.

Trois ambitions guident le développement de la nouvelle procédure de certification :

- médicaliser et mieux prendre compte le résultat de la prise en charge du patient. Il s'agit de passer d'une culture d'évaluation principalement centrée sur les moyens (ou processus) à une culture davantage axée sur les résultats pour le patient ;
- simplifier la démarche de certification dans ses différents aspects pour situer les travaux d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité au plus proche des pratiques des professionnels et de leurs équipes ;
- s'adapter aux évolutions du système de santé en valorisant l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins.

Certification des professionnels de santé

Publiée au Journal Officiel du 21 juillet 2021,

Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation seront prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique

l'ordonnance du 19 juillet 2021 introduit l'obligation de certification périodique pour 7 professions de santé : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes et pédicures-podologues.

La certification périodique des professionnels de santé est une procédure qui a pour objet de garantir :

- l'actualisation des connaissances et des compétences ;
- le renforcement de la qualité des pratiques professionnelles ;
- l'amélioration de la relation avec les patients ;
- une meilleure prise en compte de la santé personnelle des professionnels de santé.

Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation seront prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique.

Chaque professionnel de santé choisira, parmi les actions prévues au référentiel de certification périodique qui lui sont applicables, celles qu'il entend suivre ou réaliser au cours de la période mentionnée.

Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur selon des modalités définies par décret.

L'obligation de mise en œuvre prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2023 et les actions devront être réalisées, dans les 6 années pour les nouveaux professionnels, dans les 9 ans pour les autres. À terme, la périodicité sera de 6 ans pour tous.

Les sanctions encourues pour le manquement à l'obligation pourront être de diverses natures : avertissement, blâme, interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession.

Olivier Saltarelli
CDS MK

L'obligation de mise en œuvre prendra effet à compter du 1er janvier 2023.

Les actions devront être réalisées dans les 6 années pour les nouveaux professionnels, les 9 ans pour les autres.

À terme, la périodicité sera de 6 ans pour tous.

[Session 2] Pratiques Professionnelles ... en (r)évolution

Actualité de la Kinésithérapie en Pédiatrie

Dépistage précoce des Troubles du Neuro Développement

Dès les premiers mouvements, les premières interactions du fœtus in utero et pendant les premières années de vie de l'enfant, le développement du cerveau est à son maximum. Cette période de neurogenèse et de plasticité cérébrale est aussi une période de grande vulnérabilité pour l'enfant, durant laquelle les influences extérieures ont un effet durable et conséquent sur son cerveau en devenir.

Des difficultés motrices, observables dès les premières semaines de vie, peuvent être transitoires ou définitives ; elles sont parfois les premières manifestations des troubles du neurodéveloppement (TND), mais peuvent aussi être les marqueurs plus spécifiques du développement d'une paralysie cérébrale, première cause de handicap chez l'enfant.

Les récentes recommandations nationales de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives au repérage et à l'orientation des enfants à risque de troubles neurodéveloppementaux (Troubles du neurodéveloppement—Repérage et orientation des enfants à risque, Février 2020) priorisent l'intervention du kinésithérapeute dans la prise en charge précoce des troubles du tonus, du développement de la motricité et de la posture

mais aussi dans les troubles de l'oralité alimentaire.

Les enfants hospitalisés dans les services de réanimation infantile et de néonatalogie sont pour certains des enfants avec un facteur de haut risque ou de risque modéré de TND. Le dépistage précoce des TND a pour objectif d'optimiser le parcours de ces enfants et de leurs familles et d'améliorer leur orientation vers une intervention précoce. Les kinésithérapeutes travaillant dans ces services sont de ce fait des soignants de première ligne pour participer au dépistage précoce des TND, pour intervenir précocement auprès des enfants et de leurs parents, et ce, à visée préventive.

Ces interventions regroupent les programmes de soins de développement, la guidance parentale, la prévention des troubles de l'oralité, la prise en charge des troubles du tonus, de la motricité, des déformations crâniennes positionnelles.

Ces interventions sont à poursuivre lors du retour à domicile afin d'éviter toute rupture de soins et optimiser le devenir de l'enfant et de sa famille. L'utilisation d'outils d'évaluation tels que l'analyse de la motricité spontanée du nourrisson appelée « mouvement généraux » permet d'observer la trajectoire individuelle de développement et offre une fenêtre à un moment

précis permettant de mesurer qualitativement l'intégrité cérébrale.

Une seconde échelle d'évaluation neuromotrice intitulée «Hammersmith Infant Neurological Examination » (HINE), évalue le développement de la fonction neurologique globale ainsi que les étapes du développement moteur :

- tenue de tête ;
- tenue assise ;
- préhension volontaire ;
- mobilité des membres inférieurs ;
- retournement ;
- ramper ;
- position debout ;
- et marche.

L'association de ces échelles offre une sensibilité et une spécificité proche de 90 % dans le diagnostic de paralysie cérébrale.

Au sein du CHU de Besançon dans les services de réanimation infantile et de néonatalogie, la mise en place de ces temps de dépistage précoce des TND qu'ils soient durant l'hospitalisation où à distance du séjour lors de cette fenêtre d'observation est effectuée en plusieurs étapes. L'évaluation neuromotrice des nouveaux nés fait partie depuis longtemps des compétences spécifiques développées par les kinésithérapeutes des services mais elle a évolué au cours des deux dernières années. L'intérêt pour le développement normal de l'enfant, la formation à l'évaluation spécifique des Mouvements Généraux, la rencontre et l'échange avec nos collègues kinésithérapeutes du CHU de Dijon ayant des motivations communes, ont permis d'enrichir des projets et d'améliorer nos pratiques et nos prises en charge au service des patients et de leur famille.

Un des objectifs soulignés dans les recommandations de l'HAS étant de pouvoir orienter les enfants à risque de TDN, nous avons eu à cœur de le poursuivre en organisant cette coordination avec les acteurs de la prise en charge précoce (médecins, CAMSP,

Kinésithérapeutes libéraux et autres professionnels paramédicaux). Une demande de poste de consultations externes pour assurer ce suivi et cette coordination est en cours auprès de l'ARS. Un autre projet sera de déposer un protocole de coopération, en lien avec les kinésithérapeutes du CHU de Dijon et de l'Hôpital Necker AP-HP.

L'association de ces échelles offre une sensibilité et une spécificité proche de 90 % dans le diagnostic de paralysie cérébrale.

Tisser des liens entre les différents intervenants afin d'assurer la continuité des soins fut aussi une volonté commune que nous nous sommes donnés les moyens de poursuivre en créant l'Association de Kinésithérapie Pédiatrique de Bourgogne Franche-Comté (AKPBFC). L'association permet de réunir différents acteurs, kinésithérapeutes libéraux, salariés, mais aussi un représentant d'une association nationale de parents. Elle organise des formations dans le but d'harmoniser les connaissances et compétences, elle relaie les dernières actualités scientifiques et incite les professionnels à s'inscrire dans des projets de recherche. Cette dynamique est présente dans d'autres territoires et les premières associations de kinésithérapie pédiatrique existent depuis une quinzaine d'années.

Récemment, le GI pédiatrique de la SFP a été à l'initiative d'une réunion inter associations pédiatriques pour réfléchir autour de la pratique spécifique qu'est la kinésithérapie pédiatrique et pour tenter de s'allier pour porter la voix des associations des kinésithérapeutes pratiquant la kinésithérapie pédiatrique.

Toutes ces actions individuelles et collectives permettant d'améliorer le dépistage et la prise en

charge précoce des TND sont en cela une évolution dans nos pratiques professionnelles. Pour l'avenir il reste encore beaucoup à faire car même si les recommandations nationales de l'HAS ont mis en lumière ces enjeux de santé publique, il existe des inégalités territoriales et un manque de professionnels formés et reconnus, en tant que tel, en pédiatrie. Ce manque de

professionnels ne permet pas encore de répondre aux besoins des patients et de leur famille.

BOIS Julie et CLEMENT Agnès,
kinésithérapeutes CHU Besançon.

Actualité de la Kinésithérapie en Gériatrie

Une profession qui grandit pour un pays qui vieillit

Le contexte sanitaire dans lequel nous nous trouvons a placé un focus à la fois sur le vieillissement de la population et d'autre part sur les caractéristiques et les fragilités de notre système sanitaire et médico-social.

Le premier point appelé parfois « révolution démographique » ne fait plus débat. En France, le pourcentage de personnes de plus de 60 ans est passé de 23% au 1^{er} janvier 2011 à 26,8% au 1^{er} janvier 2021. Bien qu'un grand nombre de ces personnes soit en bonne santé, les besoins de prévention et de soin de cette population sont plus importants et viennent impacter notre système de santé.

Quant au second point, il mériterait un développement beaucoup plus long que celui-ci mais sous l'angle gériatrique de nombreuses difficultés, bien connues préalablement, sont apparues clairement dans ce contexte particulier. Ces difficultés concernent aussi bien l'accueil des

personnes âgées dans les services d'urgence, le fonctionnement des services de court séjour gériatrique, les services de Soins de Suite et de Réadaptation, les EHPADs que les liens ville-hôpital.

Cette population souvent fragile, nécessitant une prise en soin spécifique vient interroger notre système de soin et plus particulièrement les kinésithérapeutes et en l'occurrence ceux exerçant comme salariés en secteur public ou privé.

**A ma connaissance
aucune véritable réflexion
n'a porté sur la place et les missions
des kinésithérapeutes
dans ce type d'unité**

Globalement, la population hospitalisée, hormis certains secteurs très particuliers, est de plus en plus âgée et oblige les structures de soin à faire évoluer leur réponse et les

kinésithérapeutes leurs pratiques.

Parmi les perspectives à envisager, plusieurs méritent attention.

L'exemple des courts séjours gériatriques nous montre bien comment à la fois les besoins évoluent, les structures sanitaires se transforment et parallèlement les professionnels doivent s'adapter rapidement au nouveau

contexte. La plupart des hôpitaux français ont créé progressivement de vraies filières gériatriques avec des services de court séjour. A ma connaissance aucune véritable réflexion n'a porté sur la place et les missions des kinésithérapeutes dans ce type d'unité. C'est pourtant là que la population âgée fragile accueillie court le risque d'une « dépendance iatrogène » selon le concept toulousain. Il s'agit en effet d'une population qui, du fait de ses faibles réserves fonctionnelles, est à risque lors d'une hospitalisation même courte de perdre son indépendance fonctionnelle.

Des kinésithérapeutes aguerris aux pratiques gériatriques doivent être présents en nombre suffisant dans ce type d'unité et assurer la liaison avec les services d'aval ou le domicile. Lorsqu'il ne s'agit pas de courts séjours gériatriques mais de services de spécialités qui eux aussi accueillent un nombre important de plus de 70 et plus de 80 ans, la question est encore plus épineuse. En effet si le fameux virage ambulatoire peut être considéré chez sujets jeunes comme une évolution favorable en permettant des retours très précoces à la maison, il peut constituer chez le sujet âgé fragile une vraie difficulté pour la personne elle-même et pour son entourage. Complexité s'il en est de la gériatrie : d'un côté le risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et de l'autre la difficulté de maintenir au domicile dans des conditions optimales des personnes âgées fragiles après une phase aiguë.

Un autre maillon de la filière gériatrique concerne directement le kinésithérapeute, ce sont évidemment les services de Soins de Suite et de Réadaptation qui accueillent aujourd'hui une proportion importante de personnes âgées présentant de nombreuses comorbidités et des

troubles cognitifs. La rééducation et la réadaptation sont au cœur des missions.

D'autres maillons de la filière gériatrique interrogent la profession quant à la place des kinésithérapeutes dans le système sanitaire comme les hôpitaux de jour et bien évidemment les EHPADs. Dans ce secteur, parent pauvre où l'âgisme insidieux laisse à penser qu'il n'y a que peu de chose à faire en termes de rééducation, il est urgent de mettre en évidence les besoins d'évaluation, de prévention des chutes et de maintien des capacités restantes. Dans ce domaine comme partout ailleurs dans la filière gériatrique ces pratiques nécessitent des modes de coopération interprofessionnelle pour permettre une véritable cohérence de la prise en soin.

Par ailleurs des possibilités de recherche clinique à orientation biomédicale ou sciences humaines s'ouvrent aujourd'hui plus concrètement pour les professionnels. Il serait bien logique que compte tenu des besoins, une part importante de ces travaux concerne les personnes âgées. Cette recherche peut se faire dans le cadre des projets de recherche type PHRIP (Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) mais peut également faire l'objet de demandes correspondant à des appels d'offres.

Dans les perspectives il faut avoir à l'esprit que la question de la recherche est essentielle pour faire évoluer les pratiques.

Ces travaux en devenir devront d'une part confronter aux modèles du vieillissement, des paradigmes testés chez des sujets jeunes pour comprendre les mécanismes du vieillissement et d'autre part développer des recherches translationnelles et des recherches cliniques.

Des kinésithérapeutes aguerris aux pratiques gériatriques doivent être présents en nombre suffisant dans ce type d'unité et assurer la liaison avec les services d'aval ou le domicile.

L'évolution récente avec la section 91 montre une évolution vers des postes mono-appartenants à l'université mais parallèlement certains établissements aménagent pour les kinésithérapeutes des postes de chercheurs-cliniciens ou ingénieurs de recherche. Ces postes concernent des kinésithérapeutes salariés qui, intéressés par la recherche, ont obtenu un doctorat.

Le vieillissement et la rééducation gériatrique trouveront dans cette évolution le terreau pour se développer, apportant ainsi des bases solides aux pratiques.

Le mot clé de tout cela est sans doute celui de l'adaptation dans un système qui a beaucoup bougé et qui va bouger encore.

Il me semble qu'à ce jour trois axes sont prioritaires : la prévention, la spécificité des traitements dans le vieillissement pathologique et la recherche. Ces trois axes partagent la nécessité de sortir d'une vision purement nosologique, celle des maladies, pour considérer des notions fonctionnelles comme celle des réserves intrinsèques récemment reprises par l'OMS pour expliquer la fragilité.

L'approche en kinésithérapie gériatrique n'est pas une approche médicale. La complexité de l'intrication entre des effets du vieillissement et des signes appartenant souvent à plusieurs maladies impose au clinicien une évaluation précise des fonctions motrices et un choix éclairé des techniques et des objectifs.

**France Mourey, Professeure des Universités ;
Présidente de la section des sciences de la rééducation et de la
réadaptation de CNU & Frédéric Desramault, Kinésithérapeute**

**3 axes prioritaires :
la prévention
la spécificité
du traitement
et la recherche**

**L'approche en
kinésithérapie gériatrique
n'est pas une approche
médicale**

Actualité de la Kinésithérapie en suite de Pandémie

Reconditionnement à l'effort post Covid19

La symptomatologie d'intolérance à l'effort post infectieuse du SARS-Cov2 (> 3 semaines) est encore incomplètement comprise et dans tous les cas d'origine pluri-organique. L'adaptation à l'effort fait intervenir principalement les systèmes cardiovasculaire (dont la microcirculation et le système nerveux autonome), respiratoire, et musculaire.

Chacun de ces systèmes semble pouvoir être altéré dans sa physiologie. Les mécanismes sont multiples et encore insuffisamment expliqués.

Cliniquement, les patients décrivent le plus classiquement une sensation de faiblesse musculaire voire de myalgies, une fatigue généralisée avec une modification de leurs habitudes de sommeil, et une dyspnée dans les activités de vie quotidienne et dans les efforts.

La faiblesse musculaire est objectivée au minimum par un testing musculaire, et semble répondre correctement à un travail de renforcement musculaire dynamique et fonctionnel adapté selon l'état de fatigue ou le syndrome inflammatoire.

La présence de mécanismes inflammatoire persistant dans le COVID-long (1) implique une surveillance un entretien des capacités au long court.

La présence de séquelle pulmonaire transitoires ou définitives (2) peut également impacter les capacités à l'effort, tout comme une altération l'adaptation cardiovasculaire peut être impactée, avec notamment des syndromes de tachycardie orthostatique posturale (STOP) (4), demandant une adaptation la prise en charge.

Il est enfin essentiel de ne pas oublier les impacts cognitifs (5) et psychologique de cette infection, nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle.

Dr. Amandine Rapin
& Pr. Boyer
MPR

Les mécanismes sont multiples et encore insuffisamment expliqués.

1. Pasini E, Corsetti G, Romano C, Scarabelli TM, Chen-Scarabelli C, Saravolatz L, et al. Serum Metabolic Profile in Patients With Long-Covid (PASC) Syndrome: Clinical Implications. *Front Med.* 2021;8:714426.
2. Froidure A, Mahsouli A, Liistro G, De Greef J, Belkhir L, Gérard L, et al. Integrative respiratory follow-up of severe COVID-19 reveals common functional and lung imaging sequelae. *Respir Med.* mai 2021;181:106383.
3. Motiejunaite J, Balagny P, Arnoult F, Mangin L, Bancal C, d'Ortho M-P, et al. Hyperventilation: A Possible Explanation for Long-Lasting Exercise Intolerance in Mild COVID-19 Survivors? *Front Physiol* [Internet]. 18 janv 2021 [cité 31 mars 2021];11. Disponible sur:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7849606/>

4. Bliitshteyn S, Whitelaw S. Postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS) and other autonomic disorders after COVID-19 infection: a case series of 20 patients. *Immunol Res.* avr 2021;69(2):205-11.
5. Daroische R, Hemminghyth MS, Eilertsen TH, Breivte MH, Chwiszczuk LJ. Cognitive Impairment After COVID-19-A Review on Objective Test Data. *Front Neurol.* 2021;12:699582.

[Session 3] Pratiques Professionnelles & interprofessionnelles & dispositifs technologiques

ReTex : prothèse membre supérieur

Retour d'expérience : rééducation en vue d'un appareillage de prothèse myoélectrique suite à une amputation

La main i-Limb Ultra est une prothèse myoélectrique multiarticulée dotée de cinq doigts motorisés individuellement. Elle possède un pouce à rotation motorisée avec possibilité de contrôle manuel.

La prothèse i-Limb est prévue pour des patients ayant une atteinte située entre le poignet et l'articulation métacarpo-phalangienne. Il est important de noter que la visée est avant tout fonctionnelle et non esthétique.

Le contrôle de la main peut s'effectuer selon 3 possibilités :

1. Le passage par l'application IOS.
Le patient clique sur l'une des prises, la main se place dans ce mode.

Le patient gère ensuite l'ouverture et la fermeture de sa main avec la prise enclenchée. Il suffit de cliquer sur la même prise pour revenir à un mode général.

2. Le grip chip.
Il s'agit d'un contacteur où l'on programme l'une des différentes prises.
Le patient a juste à passer sa prothèse au-dessus du contacteur pour que la main se place dans le mode choisi. Il gère ensuite l'ouverture et la fermeture.

Le patient doit alors repasser au-dessus du contacteur pour sortir du mode. Ainsi, un grip chip peut être placé à un endroit stratégique comme proche d'un ordinateur par exemple afin de placer la main dans le mode le plus adapté.

3. Le déclencheur musculaire.
Le patient peut utiliser la prothèse grâce aux déclencheurs musculaires.

La rééducation s'effectue en équipe pluri et inter disciplinaire avec le Médecin, le Masseur-Kinésithérapeute, la Psychomotricienne, l'Enseignant en Activité Physique Adaptée.

Le programme de rééducation se réalise selon trois phases :

1. Phase de rééducation (sans prothèse)

Repérage des points moteurs

Exercice de différenciation des 2 points

Travail pour changer de mode et enclencher une prise préprogrammée :

- Maintien ouvert
- Double impulsion
- Triple impulsion
- Co-contraction

Il existe des contre-indications au passage à la phase de rééducation avec la prothèse provisoire :

- un patient réalisant principalement des tâches de force impliquant des chocs violents,
- des réponses musculaires faibles ou inexistantes,
- des douleurs (type fantôme ou résiduelle) pouvant induire une intolérance au niveau de l'emboiture,
- une intolérance cutanée au niveau de l'emboiture.

2. Phase de rééducation avec la prothèse provisoire

L'ajout du poids de la prothèse peut perturber l'utilisateur.

Dans un premier temps, des exercices analytiques sont réalisés, puis des exercices plus fonctionnels comme :

- l'ouverture/fermeture dans différents plans
- le soulever des objets légers de différents diamètres
- le déplacement des objets « lourds »
- l'utilisation en séance d'ergothérapie et dans la vie quotidienne.
- le contrôle de l'activité du patient à domicile par la tablette

Cette phase dure au minimum 4 semaines

La rééducation s'effectue en équipe pluri et inter disciplinaire avec le Médecin, le Masseur-Kinésithérapeute, la Psychomotricienne, l'Enseignant en Activité Physique Adaptée.

3. Phase de mise en place de la prothèse définitive

A la fin de l'essai avec la prothèse provisoire, un compte-rendu doit être établi au vu du projet de vie du patient, de la tolérance cutanée, des différents types de prise utilisés (d'après les enregistrements d'utilisation de la main), de la motivation et de la satisfaction patient.

Un bilan par le médecin prescripteur doit être effectué après la mise à disposition de la prothèse par l'orthoprothésiste, avant la prescription définitive. Ce bilan reprenant le compte-rendu doit permettre de valider l'intérêt de la prothèse I-LIMB au regard des différents modes de préhension utilisés. La prescription de la prothèse I-LIMB s'accompagne d'une rééducation prescrite dans le même temps.

L'équipe pluridisciplinaire met en place la rééducation ainsi que l'évaluation périodique de l'utilisation de la prothèse.

Le coût total de la prothèse est de 40.000 euros, dont 27.000 euros pour la main i-Limb. Ce coût est intégralement pris en charge par la CPAM.

Fanny Hennequin
Ergothérapeute

Thérapie miroir informatisée

La survenue d'un accident vasculaire cérébral est la 1^{ère} cause de handicap de l'adulte. Elle touche 130 000 personnes / an en France.

80% des victimes d'AVC récupèrent une capacité de marche variable mais permettant une autonomie minimale du quotidien. Le pronostic de récupération d'une atteinte du membre supérieur est bien inférieur : parmi les personnes victimes de paralysie complète initiale seulement 30% auront une récupération partielle et 5% considérée complète.

L'enjeu de la prise en charge rééducative est donc majeur et nécessite d'être optimale : précocité, intensité, répétition des exercices, orientées vers une tâche et adaptés individuellement.

La mise en œuvre de la Thérapie Miroir fait partie des recommandations HAS 2014 (grade B). Son utilisation repose sur les principes de mobilisation de la plasticité cérébrale par l'imagerie mentale et la réalité virtuelle. Il s'agit d'une technique « active » applicable à tout type de déficit du plus complet au déficit partiel, permettant d'en faire bénéficier au plus grand nombre.

Le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) du CHU de Reims comporte une unité dédiée à la prise en charge des AVC. Elle s'intègre au sein de la « Filière AVC » du Chu et comporte 20 places d'hospitalisation complète ainsi que 8 places d'hospitalisation de jour. La mise en œuvre de la rééducation dans le cas d'atteintes du membre supérieur est en grande partie dévolue au service d'Ergothérapie : évaluation des déficiences, des limitations d'activités induites et de participations aux actes de la vie courante. L'utilisation de la thérapie Miroir fait partie des techniques de rééducation

mise en œuvre pour optimiser la récupération, associée à d'autres techniques classiques (renforcement musculaire, techniques kinésithérapiques, contrainte induite...) Jusqu'à l'acquisition de l'équipement, les moyens de Thérapie Miroir étaient réduits à l'utilisation conventionnelle d'une « boîte à miroir » qui avait été proposée à l'instauration de ce type de rééducation. Son utilisation était fastidieuse, provoquait peu d'interaction avec les patients et était en général rapidement abandonnée.

**La mise en œuvre de la Thérapie Miroir fait partie des recommandations HAS 2014 (grade B).
Son utilisation repose sur les principes de mobilisation de la plasticité cérébrale par l'imagerie mentale et la réalité virtuelle**

Le dispositif DESSINTEY « IVS 3 » a provoqué un vif intérêt. Tout d'abord, auprès des professionnels ; il est considéré comme innovant par sa conception permettant un « effet miroir » immédiat. Certains patients ayant perdu la faculté d' "imagerie mentale" peuvent grâce à cela participer activement à la prise en charge.

De plus, l'outil permet d'individualiser les prises en charges : du patient totalement déficitaire qui verra virtuellement son membre se mouvoir et initier de nouveau des mouvements globaux, au patient moins sévèrement atteint avec une dextérité réduite. Une large gamme d'exercice a été ainsi conçue permettant de faire évoluer le programme selon le niveau de récupération.

D'autre part, la possibilité de réaliser des bilans de suivis, de pouvoir paramétrer de façon libre les séquences de travail est appréciable.

Le retour d'expérience s'est avéré également fortement positif de la part des patients. Dès les premières séances, la perception de mouvements était présente, fortement influencée par le feedback visuel proposé. Ces personnes se sont dites très motivées pour poursuivre ce type de prise en charge du fait de l'environnement ludique, ce qui va dans l'idée d'intensité de travail indispensable à produire en vue de progresser.

Enfin, la population de patients cible est donc les victimes d'atteintes cérébrales centrales (principalement AVC, également sclérose en plaques, traumatisés crâniens..) avec un champ d'application plus large notamment dans la douleur (algodystrophie, membre fantôme post-amputation...) ainsi qu'un outil utilisable dans le domaine de la recherche : compréhension des processus de récupération post-AVC, optimisation des performances rééducatives adaptées à la thérapie miroir.

Cécile Lorrain,
Ergothérapeute

Robot de marche et exosquelette

Introduction

La récupération de la marche est l'un des objectifs majeurs et souhaités des patients cérébro-lésés ou blessés médullaires.

Selon le niveau de récupération, le handicap résiduel sera d'autant moins sévère avec un lien direct sur la capacité de reprise d'activités, de participation et de qualité de vie.

Depuis une vingtaine d'années la robotisation gagne les plateaux techniques de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et étoffe l'arsenal thérapeutique disponible pour les rééducateurs.

Ces nouvelles technologies reposent sur les principes de rééducation neuro-motrice proposés par Langhorne (2009) et Nodeau (2011) d'entraînement intensif, répétitif, orientés vers la tâche, sensori-moteur, en attention ciblée.

Depuis une vingtaine d'année la robotisation gagne les plateaux techniques de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et étoffe l'arsenal thérapeutique disponible pour les rééducateurs.

Principes de rééducation sur dispositifs robotisés

Le principe de « tâche orientée » favorise la plasticité cérébrale, évite la sous-utilisation, favorise l'apprentissage moteur. Il permet un travail en répétition du « pattern » locomoteur, en Intensité, vers une tâche écologique, associant feedback visuel, et autorisant une adaptation de la difficulté.

L'allègement du poids du corps qui peut être adapté facilite et sécurise le patient, le travail actif-aidé optimise l'activation motrice volontaire. Le Reconditionnement cardio-respiratoire est associé en charge adaptative.

Classification des dispositifs

Ces moyens technologiques se répartissent dans différentes catégories.

On distingue les **robots fixes** comprenant : les exosquelettes tel que le Lokomat® qui permet une assistance complète au mouvement des membres inférieurs (entraînement des segments de hanche et de genou), et les effecteurs distaux (« end effector ») tel le G-éo System® ou le Gait-trainer® permettant un entraînement des membres par une fixation distale aux pieds.

A ces dispositifs s'associe les **systèmes embarqués** type exosquelettes (systèmes Ekso®, Rewalk®, Atalante®,...). Ils sont composés d'orthèses articulées motorisées des membres inférieurs reliée à une orthèse de tronc, associées à un équipement de commande informatique et sa batterie dans un sac à dos. D'autres dispositifs mobiles permettent une suspension du poids du corps en autorisant le déplacement dans différents secteurs de l'environnement (Andago®)

Données d'efficacité

Les niveaux de preuves de l'efficacité de ces dispositifs augmentent dans la littérature scientifique qui est de plus en plus riche (plus de 200 articles référencés sur Pubmed dans les 3 dernières années). Des méta-analyses sont disponibles, notamment tirées des revues Cochrane (dernière mise à jour en octobre 2020). Elles semblent notamment démontrer un effet positif en post AVC sub-aigu (moins de 3 mois) pour certains dispositifs (« end effector ») pour les patients les plus sévères (FAC <3). Les résultats montrent un gain sur la vitesse de marche, l'autonomie au déplacement sans effet retrouvé sur la distance parcourue.

Population cible

Peu d'études ont évalué le bénéfice attendu en rééducation orthopédique. Les patients neurologiques sont les plus ciblés par ces dispositifs : AVC en phase subaiguë ou chronique, blessé médullaires, scléroses en plaques, maladie de parkinson, ...

Les contre-indications et limitantes sont pour le patient hémiplegique la nécessité d'un hémicorps valide, un tonus du tronc en station assise et une tolérance suffisante à la verticalisation. Concernant le blessé médullaire (para ou tétraplégie), un niveau AIS C est le minimum requis pour bénéficier de ce traitement (associé au contrôle du tronc et d'une capacité d'extension de hanche et de genou d'un des 2 membres). L'utilisation sera contre indiquée devant une

Recommandé dans la prise en charge des patients avec atteinte neurologique, ils ne se substituent pas au rééducateur, bien au contraire. La robotisation permet un travail complémentaire des séances conventionnelles.

altération de l'état général, des limitation orthopédiques, cardio-respiratoires, anthropométriques (poids > 150kg, taille > 2 mètres pour le G-éo®)

Pratique de la rééducation robotisée de marche

Leur utilisation fait partie intégrante des programmes de soins (HAS 2012, grade B). Recommandés dans la prise en charge des patients avec atteinte neurologique,

Ils ne se substituent pas au rééducateur, bien au contraire.

La robotisation permet un travail complémentaire des séances conventionnelles. Les avantages sont à la fois quantitatifs : 50 à 100 pas en séance classique contre > 600- 1000 pas avec assistance robotisée, et qualitatifs : travail de l'extension de hanche, phase d'appui, recurvatum de genou, flexion dorsale de cheville ... Différents réglages peuvent être disponibles suivant le dispositif : soulagement du poids du ceps, adaptation de la vitesse de marche, de l'effort fourni (systèmes passif, actif-aidé ou actif), adaptation au terrain, à la direction de marche. Le nombre de séance, la durée et l'intensité sont variables. Un traitement moyen comporte en général entre 15 et 20 séances, d'une durée de 20 à 30 minutes pour une fréquence entre 3 et 5 fois par semaine.

Conclusion

Le développement des dispositifs de rééducation de la marche robotisés est une aide supplémentaire du rééducateur. Les données de la littérature commencent à montrer le bénéfice attendu, notamment pour les patients AVC lorsqu'ils sont utilisés en complément de la rééducation conventionnelle.

Leur intégration dans les programmes de soins paraît indispensable afin d'optimiser les prises en charges. Reste à définir plus précisément les indications et non-indications, ainsi que des protocoles plus uniformisés.

Dr. Gael Belassian
MPR

Leur intégration dans les programmes de soins paraît indispensable afin d'optimiser les prises en charges.

Reste à définir plus précisément les indications et non-indications, ainsi que des protocoles plus uniformisés.

[Session 4] Pratiques Professionnelles ... attractivité & fidélisation : curriculaire en discussion

Déterminants de l'attractivité et de la fidélisation

Exercice libéral ou exercice salarié ? Une orientation des futurs masseurs-kinésithérapeutes sous influences socio-économiques

INTRODUCTION : Sur 91.500 kinésithérapeutes exerçant en France, 80% sont libéraux, 3% sont en exercice mixte, et 17% sont salariés [1]. La FHF a mis en exergue dans une enquête [2] la difficulté de recrutement du milieu hospitalier : en 2019, c'est environ 200 établissements sur les 300 ayant répondu à l'enquête qui peinent à recruter des professionnels de la filière de rééducation, dont fait partie la kinésithérapie.

Cette filière occupe alors la 3ème place des professions les plus sensibles de la fonction publique hospitalière. Ces problématiques d'attractivité et de fidélisation du secteur salarié pourraient avoir de graves conséquences sur la santé des populations : développement des séquelles, augmentation des morbidités, voire glissement de tâches et d'actes pouvant éventuellement conduire à un exercice illégal de

la masso-kinésithérapie par d'autres professionnels pour pallier au manque de masseur-kinésithérapeutes dans les établissements concernés [3].

Déterminer quels sont les facteurs socio-économiques influençant le choix du mode d'exercice en kinésithérapie et quelles sont leurs importances respectives permettrait d'identifier des moyens à mettre en place pour répondre à ces enjeux de santé publique. Quelques études qualitatives préalables ont permis de mettre en évidence l'implication de certains facteurs dans le choix d'orientation : rémunération, coût de la scolarité, liberté d'entreprendre, autonomie, diversité ou spécificité des pratiques, reconnaissance, origine socio-professionnelle, travail seul ou en équipe, expériences de stages.

L'objectif de notre travail de recherche était de réaliser une première étude quantitative sur le sujet, afin de rassembler un nombre important de données et d'analyser les différentes relations qui existent entre elles, pour mettre en lumière les axes de travail principaux à privilégier pour augmenter l'attractivité et la fidélisation de l'exercice salarié.

MÉTHODE : Dix entretiens semi-directifs ont été menés, permettant de construire un questionnaire via l'outil google form. La diffusion du questionnaire a été réalisée via les réseaux sociaux, les écoles et instituts de formation en masso-kinésithérapie, et les associations étudiantes.

Afin d'obtenir un intervalle de confiance à 95 %, un échantillon de 373 personnes était visé.
RÉSULTATS : 820 réponses ont été obtenues.

Deux classements ont été réalisés : l'un à partir de la fréquence d'apparition de chacun des facteurs étudiés au sein des réponses de l'échantillon ; l'autre à partir de l'importance moyenne que les étudiants allouent à chacun de ces facteurs dans leur projection professionnelle.

Les deux classements vous seront présentés lors des journées nationales de la kinésithérapie salariée. Le facteur arrivant en tête de ces deux classements correspond aux stages de l'étudiant.

DISCUSSION : L'enquête n'évalue pas le choix de mode d'exercice, mais la projection professionnelle des étudiants. Des études complémentaires à plus long terme sont nécessaires afin d'avoir des données permettant de suivre à la fois leur projection professionnelle et leur choix de mode d'exercice.

CONCLUSION : Cette étude semble montrer que pour renforcer l'attractivité et la fidélisation de l'exercice salarié, plusieurs moyens d'actions sont possibles, mais que l'axe de travail principal concerne le vécu et l'accompagnement des stages des étudiants en masso-kinésithérapie.

Enora Le Calvez,
kinésithérapeute DE 2021

**820 réponses ont
été obtenues.**

Pour aller plus loin

[1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé [En ligne]. 2020 [cité le 17 avril 2021]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

[2] Fédération hospitalière de France. Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement : enquête de la fédération hospitalière de France [En ligne]. 2019. [cité le 17 avril 2021]. Disponible sur : https://www.fhf-hdf.fr/wpcontent/uploads/2019/10/RHF_Enqu%C3%A4teFHFAttractivit%C3%A9_2019.pdf

[3] Collectif « Sauvons la kinésithérapie hospitalière ». Livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière : 20 recommandations pour améliorer la prise en charge des patients dans une approche médico-économique responsable [En ligne]. 2017. [cité le 17 avril 2021]. Disponible sur : http://www.ordremk.fr/wpcontent/uploads/2017/05/livre_blanc_mk_fph.pdf

**Le facteur arrivant en tête
de ces deux classements
correspond
aux stages de l'étudiant.**

Déterminants de l'attractivité salarisée : mesures passées et transformations

L'attractivité de la kinésithérapie salariée est un sujet d'actualité : si 17% de la profession est en salariat (1) selon la DRESS ; la DRESS qui estimait aussi à plus de 3000 postes vacants le déficit dans les établissements et une autre étude du CNOMK auprès de plus de 500 établissements estimait que 3500 postes seraient vacants (2), soit près de 15 % des effectifs théoriques...

Des chiffres dont une très grande majorité s'applique dans les petits établissements et le médico-social ont démontré en 2021 et 2022 deux enquêtes express du CNKS auprès d'une 100aine d'établissements « révélant in fine un déficit plutôt autour de 10 % » selon ce dernier. C'est également un sujet ancien, déjà abordé par le CNKS en 2008 (3).

Dans le passé, des mesures politiques sont prises dès les années 1986 à 2000 pour améliorer les conditions de travail des professionnels hospitaliers, mais elles trouvent plus d'intérêt auprès de la profession infirmière (4-8). Des mesures plus centrées sur les kinésithérapeutes sont prises à partir des années 2010 (9-13), mais sans résultat. En effet : 71% des établissements de santé citent le métier de kinésithérapeute comme « métier sensible » (14).

Pour obtenir des pistes d'amélioration de l'attractivité de la kinésithérapie salariée, une enquête par questionnaire auto-administré en

ligne a été menée dans le cadre du Master Ingénierie de la Santé, parcours ingénierie de la rééducation du handicap et de la performance motrice de l'Université Picardie Jules Verne. Quatre grands domaines sont explorés : des mesures nationales (mêmes gouvernementales), des mesures au niveau des établissements, des mesures au niveau du management des kinésithérapeutes et des mesures intéressantes les kinésithérapeutes eux-mêmes.

Au niveau national, la reconnaissance financière du nombre d'années et du niveau des études permettrait de revaloriser les kinésithérapeutes au niveau des métiers de niveau équivalent, et permettrait au secteur salarié d'être compétitif avec le privé ou le libéral (15-16). Les diplômes complémentaires doivent être reconnus pour permettre de favoriser le développement des parcours de master, de doctorat, ainsi que la recherche. Ces parcours entraîneraient la création de nouveaux statuts, comme par exemple un statut hospitalo-universitaire (16), qu'il s'agisse « d'enseignant chercheur » ou comme le propose le CNKS de « clinicien chercheur ».

**4 niveaux de leviers explorés :
national, local, encadrement,
professionnel**

Au niveau des établissements de santé, il semble nécessaire de développer une politique en faveur des métiers de la rééducation, en élaborant un projet de rééducation pour l'établissement, et en développant un plan de formation adapté aux rééducateurs (16). Pour aller plus loin, il peut être intéressant d'organiser des rencontres entre rééducateurs du groupe hospitalier de territoire pour échanger sur nos pratiques et développer des projets partagés.

Au niveau de l'encadrement, manager les rééducateurs par un rééducateur peut permettre de favoriser l'attractivité de la kinésithérapie salariée (16). L'autre levier est d'intéresser les kinésithérapeutes à différentes missions transversales et leur confier des groupes de travail par exemple.

Au niveau des kinésithérapeutes, il paraît indispensable de créer un temps dédié à l'encadrement des stagiaires, pour un accompagnement optimal, et de former et informer régulièrement au tutorat des stagiaires. La qualité de vie, autant au travail que personnelle, est importante à prendre en compte : il est nécessaire d'établir une politique QVT pour les professionnels en général, et de trouver l'équilibre subtil avec leur qualité de vie personnelle (17-18).

Ces mesures ne sont pas nouvelles mais deux points doivent être relevés.

Le premier point concerne la qualité de vie au travail et la considération de la qualité de vie personnelle des kinésithérapeutes : un lien statistiquement significatif est trouvé entre l'âge des répondants et leurs réponses à ces deux affirmations. Nous connaissons une transformation sociologique. La génération Y, actuellement sur le marché du travail, a certes un intérêt pour le travail et les défis proposés, mais donne une place plus importante aux loisirs et à la vie privée, tout cela avec un faible sentiment d'appartenance à une entreprise (19). Cette génération a plus de

difficultés à se projeter dans le futur et à s'engager (19). Ces transformations renforcent d'une part l'importance de la qualité de vie au travail, concept qui a fait une apparition tardive dans le secteur salarié public (20-21) et d'autre part la recherche d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Le second point, c'est la volonté politique qui évolue. Des augmentations salariales sont intervenues ou attendues, avec le Ségur de la Santé (22) et la revalorisation des grilles en octobre 2021 (23). Nous avons aussi des annonces plus spécifiques à la kinésithérapie faites par le Ministre de la Santé en mai 2021 : reconnaissance du grade Master et l'annonces de l'ouverture prochaine de réflexion sur le métier (24).

L'attractivité de la kinésithérapie salariée ne va pas sans la question de la fidélisation : si des politiques sont mises en place pour favoriser l'attractivité de nouveaux professionnels, il faut également mettre en place une politique pour les fidéliser.

Pour conclure, l'attractivité de la kinésithérapie salariée est un sujet d'actualité et est indispensable à traiter face aux postes vacants. Des mesures pour viser l'amélioration de cette attractivité sont possibles avec d'une part une volonté

politique forte et d'autre part l'adaptation aux attentes des professionnels sur le marché du travail.

L'attractivité de la kinésithérapie salariée ne va pas sans la question de la fidélisation : si des politiques sont mises en place pour favoriser l'attractivité de nouveaux professionnels, il faut également mettre en place une politique pour les fidéliser.

Aurélien Auger,
Kinésithérapeute FF CDS

Références

- (1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress). La démographie des professions de santé, hors médecins [Internet]. 2020.
- (2) Ségur de la Santé : des pistes pour sauver la kinésithérapie [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020.
- (3) ROUSSEL E, COTTRET Y. Kinésithérapie salariée : attractivité et fidélisation, enjeux & perspectives. Kinéscope. oct 2008;(11):12-4
- (4) Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- (5) Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. - Légifrance [Internet].
- (6) Projet de loi relatif à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique [Internet].
- (7) NOUVELLE BONIFICATION INDICIAIRE - SOLIDAIRES [Internet].
- (8) Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Légifrance [Internet].
- (9) Décret n° 2017-981 du 9 mai 2017 portant création d'une prime d'engagement pour certains personnels de rééducation recrutés sur les postes prioritaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière.
- (10) Arrêté du 9 mai 2017 fixant le montant de la prime d'engagement et les modalités de mise en œuvre de la convention d'engagement de certains personnels de rééducation recrutés sur les postes prioritaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière - Légifrance [Internet].
- (11) Décret n° 2017-1259 du 9 août 2017 portant dispositions statutaires relatives aux personnels de rééducation de catégorie A de la fonction publique hospitalière. 2017-1259, 09 août 2017.
- (12) Décret n° 2017-1263 du 9 août 2017 relatif au classement indiciaire applicable aux corps de personnels de rééducation de la catégorie A de la fonction publique hospitalière. 2017-1263, 09 août 2017.
- (13) Décret n° 2020-791 du 26 juin 2020 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet dans la fonction publique hospitalière. 2020-791, 26 juin 2020
- (14) Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013 [Internet]. 2015 mars.
- (15) Emploi-Collectivités. Grille indiciaire hospitalière : masseur-kinésithérapeute tout grade - fph [Internet]. Emploi-collectivités. 2012.
- (16) SARHAN, F-R. ; Alizé ; CNKS ; et al. Livre blanc de la profession pour une kinésithérapie performante et moderne dans la fonction publique hospitalière,
- (17) Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail » | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [Internet].
- (18) Mettre en œuvre la certification pour la qualité des soins [Internet].
- Haute Autorité de Santé.
- (19) DALMAS, M. Quelles valeurs organisationnelles pour la génération Y ? Manag Avenir. 12 déc 2014;N° 72(6):113-32
- (20) Revue de littérature sur qualité de vie au travail et qualité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé.
- (21) Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux [Internet]. Haute Autorité de Santé.
- (22) Ministère des Solidarités et de la Santé. Ségur de la santé : les conclusions [Internet]. 2021.
- (23) Ministère des Solidarités et de la Santé. Ségur de la santé : revalorisation des carrières [Internet]. Avril 2021.
- (24) Visioconférence : Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2021. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/visioconference-retrouvez-le-replay/>

Fidélisation des kinésithérapeutes salarié-e-s

"Fin septembre 2021, nous nous préparons pour les séminaires des XXIV Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée. Dans le programme et au quotidien : la kinésithérapie salariée et les pratiques professionnelles, dont la recherche des déterminants de l'attractivité et de la fidélisation.

Une belle occasion de réviser la problématique, la veille de la revalorisation des grilles des agents des filières soignantes, médico-techniques et de rééducation dans le cadre du 3^{ème} volet des accords du Ségur de la Santé.

L'attractivité de la kinésithérapie salariée et la fidélisation des kinésithérapeutes salariés est la problématique vivante, mouvante et dynamique, ce que j'ai pu réaliser lors de l'élaboration du mémoire et ce dans le cadre du travail d'initiation à la recherche en Institut de Formation des Cadres de Santé et en Master 2 Gestion des Ressources Humaines – Management des Équipes de Soins. Les jours et les mois ne sont jamais assez longs et les pages ne sont jamais assez vides pour les remplir suffisamment et épuiser le sujet.

La thématique déjà largement abordée au fil des années, à l'occasion de mon travail d'initiation à la recherche a dévoilé devant moi ces multiples facettes.

La diffusion de la pré-enquête à la fois auprès des étudiants en IFMK (1^{ère} et 4^{ème} année) et aux kinésithérapeutes diplômés (salariés) m'a

permis de repérer des facteurs de l'attractivité de la kinésithérapie salariée et de la fidélisation des kinésithérapeutes salarié-e-s. Ainsi, j'ai pu identifier les motivations communes aux étudiants (pour devenir le...) et aux kinésithérapeutes salarié-e-s (pour exercer en tant que...).

Les valeurs du soin et du contact avec le patient se sont démontrées la motivation principale pour les deux populations. Viennent ensuite la diversité d'exercice, la collaboration pluri professionnelle et le travail en équipe.

Recherchant l'utilité de ce travail sur ma future pratique professionnelle en tant que Cadre de Santé, en lien avec les résultats de la pré-enquête, j'ai fait le choix d'explorer la cohésion d'équipe comme facteur de motivation et un des déterminants de l'attractivité et de la fidélisation.

j'ai fait le choix d'explorer la cohésion d'équipe comme facteur de motivation et un des déterminants de l'attractivité et de la fidélisation.

Grâce à l'approche clinique de la méthode de la recherche, j'ai pu observer, comment les Cadres de Santé kinésithérapeutes

veillent sur la problématique et prennent soin de leurs subordonnés.

L'organisation des conditions pour le bon fonctionnement du collectif de travail et la mise en place des actions, de la "colle" qui scelle l'équipe, favorisent sa cohésion. Ainsi, l'équipe peut non seulement devenir la raison pour rester, mais aussi peut s'avérer attrayante pour les "passants" : les intérimaires, les contractuels et surtout - pour les étudiants, les professionnels de demain."

Barbara Bonecka
CDS MK

Fidélisation des kinésithérapeutes salariés, une approche par les dynamiques de motivation : apport du modèle ABCD de Nitin Nohria et sl.

La question de l'attractivité et de la fidélisation des kinésithérapeutes salariés anime et mobilise les acteurs de la profession depuis plus de 25 ans. Face à cette désaffection, nombreux sont les publications, les études, les mémoires d'encadrement à s'interroger, à imaginer et expérimenter des pistes d'amélioration.

Au cœur des services et des organisations, le cadre de santé est pleinement mobilisé pour impulser et faire vivre ces démarches. Conscient du positionnement de son service il doit explorer avec créativité son périmètre d'action. La conciliation entre qualité des soins et qualité de vie au travail constitue ainsi un véritable défi à relever dans ce contexte contraint.

Quels mécanismes internes expliquent les dynamiques d'engagement et de désengagement au travail ?

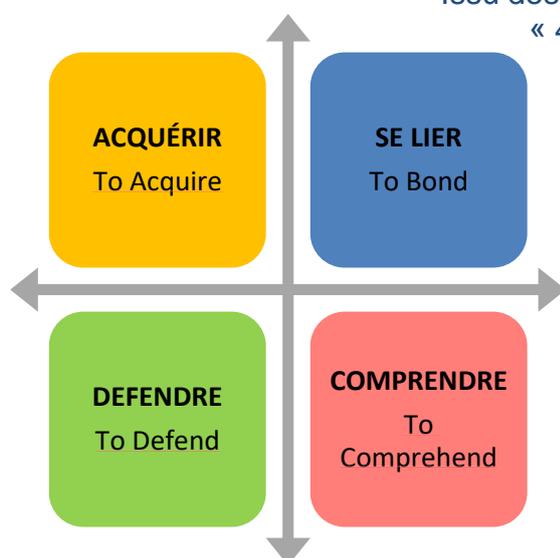
(1) Parmi les différentes pistes explorées le modèle ABCD développé par Nitin Nohria et al (2) semble particulièrement prometteur. L'objet de cet article, après en avoir succinctement exposé les fondements théoriques, est d'en proposer une application opérationnelle en service de rééducation.

Cadre théorique

Issu des sciences de gestion le modèle ABCD ou « 4 drives model » développé par Nitin Nohria et son équipe d'Harvard Business School propose une approche holistique et opérante des dynamiques de motivations au travail.

Selon les auteurs l'être humain serait guidé par 4 besoins innés qu'il cherche à satisfaire : Acquérir, se lier, comprendre, se défendre. Ces besoins sont évolutifs et propres à chaque individu (figure 1).

Figure 1 : Modèle ABCD de la motivation



Comment le cadre de proximité peut-il appréhender la complexité de cette problématique au quotidien et utiliser avec profit ces différentes ressources ?

De quelle manière peut-il agir pour améliorer la stabilité et le bien être des membres de son équipe ?

Le besoin d'acquérir – To Acquire

Le besoin d'acquisition repose sur la recherche et l'obtention de ressources permettant de maintenir ou d'accroître le niveau de vie. Ce peut être la rémunération, l'acquisition d'avantages, d'un statut ou une reconnaissance au sein du groupe.

Le besoin de se lier - To Bond

Au sein d'une organisation, ce besoin de développer un lien se traduit par la recherche et le maintien d'un travail en équipe à l'intérieur duquel se créent des connexions. Ce lien peut également se manifester par un sentiment d'appartenance à un service ou à une institution.

Le besoin de comprendre – To comprehend

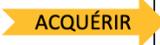
Le besoin de comprendre amène l'employé à acquérir de nouvelles compétences pour améliorer ses performances et donner du sens à sa contribution. Il recherche un poste qui lui permette de progresser, d'apprendre et de relever des challenges.

Le besoin de (se) défendre – To defend

Tout individu cherche à défendre ses intérêts. La satisfaction de ce besoin se traduit par un sentiment de sécurité, par des relations de confiance avec ses pairs et sa hiérarchie. Elle peut aboutir, par exemple, à la mise en œuvre de règles équitables, ou à la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. S'il n'est pas satisfait, ce besoin peut se traduire par la fuite, la confrontation ou des résistances au changement.

Ce modèle, proposé initialement pour expliquer le comportement humain, a ensuite été testé dans un environnement organisationnel. Deux études initiales menées au sein de grandes entreprises américaines ont établi une corrélation entre la capacité de l'organisation et de l'encadrement de proximité à répondre aux 4 besoins moteurs de manière équilibrée et les indicateurs de motivation de leurs employés. A chacun des besoins correspondent des orientations managériales détaillées dans le tableau suivant telles qu'elles sont exposées par les auteurs.

Figure 2 ; Levier managérial en fonction du besoin (Source ; Nohria et Al, 2008)

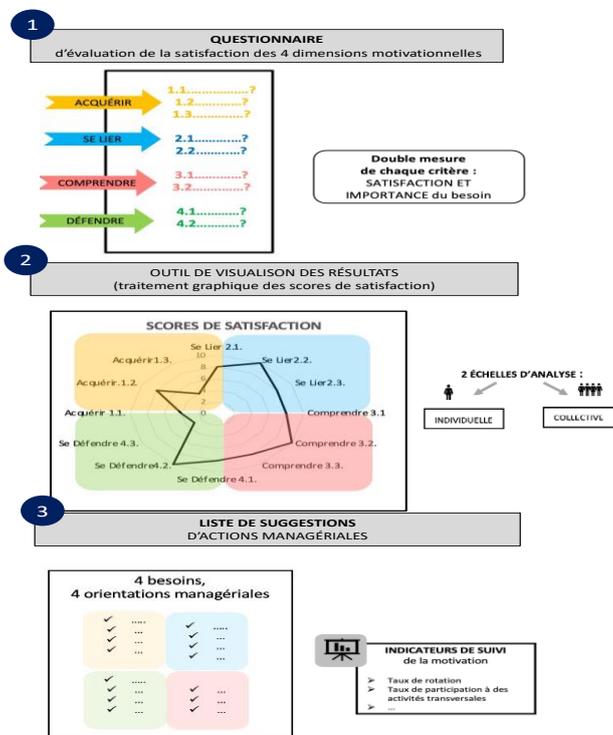
LEVIER PRIMAIRE	ACTIONS
 SYSTÈME DE RÉCOMPENSE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distinguer nettement les bonnes performances par l'atteinte d'objectifs précis ▪ Récompenser les performances ▪ Offrir une rémunération attractive
 CULTURE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la cohésion d'équipe ▪ Valoriser la collaboration et le travail d'équipe ▪ Encourager le partage d'expériences et les bonnes pratiques
 « JOB DESIGN »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conception des postes aux activités intéressantes, challengeantes porteuses de sens ▪ Favoriser le sens et l'importance de la contribution au sein de l'entreprise
 MANAGEMENT ET PROCESSUS D'ATTRIBUTION DES RESSOURCES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser des processus de management transparents ▪ Soigner l'équité ▪ Renforcer la confiance en étant juste et transparent dans l'attribution de récompenses et d'autres formes de reconnaissance

Projection opérationnelle

Élaborée à partir du modèle théorique, une maquette d'outil (figure 3) est constituée de 3 livrables (figure 3) : un questionnaire d'évaluation des 4 besoins (mesurés par une double pondération satisfaction et importance), un outil de visualisation des scores de satisfaction sous forme de **diagramme** de Kiviat (en étoile) dont l'analyse peut être réalisée à l'échelle individuelle ou collective, une liste d'actions managériales ciblées en fonction des besoins. Afin d'évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre, des indicateurs de motivation sont suivis tels que l'évolution de la répartition des types de contrat, le nombre de kinésithérapeutes membres d'instances institutionnelles ou engagés dans des projets de service, le taux d'absentéisme... Le retraitement statistique des réponses apportées par les équipes permet au

cadre d'orienter sa stratégie managériale en fonction des irritants identifiés dans chaque besoin. Cette représentation graphique peut aussi constituer un support d'échange exploité en entretien individuel. A l'échelle collective, il peut être exposé en réunion d'équipe afin d'objectiver les besoins et de guider la co-construction de solutions.

Figure 3 : Maquette de l'outil ABCD



Une enquête exploratoire a été réalisée auprès d'une équipe de kinésithérapeutes en service de Médecine Physique et de Réadaptation. Celle-ci avait pour objectif d'évaluer la pertinence de la grille de lecture du modèle ABCD et de réaliser une pré-étude de l'outil auprès de l'encadrement. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de kinésithérapeute et de leur encadrement.

Résultats

Les éléments de discours récoltés étayent les 4 dimensions proposées dans le modèle ABCD. Face à la complexité du sujet, son approche holistique apporte une base pertinente d'analyse en cohérence avec la diversité et l'évolutivité des besoins des salariés. La fidélisation et le maintien en poste des kinésithérapeutes interrogés sembleraient donc être le fruit d'un équilibre issu d'un système complexe de facteurs motivants et démotivants mettant en avant la notion de dynamique de motivation.

En ce qui concerne l'outil, une présentation du modèle ABCD et de la maquette de l'outil ont été proposés lors des entretiens avec les encadrants. Les intérêts suivants ont été identifiés comme la plus-value d'une approche quantitative permettant d'objectiver et de mettre en lumière les sujets irritants, source d'insatisfactions. En lecture collective, elle permet d'assurer la représentativité de l'expression des besoins et la comparaison entre groupes professionnels. L'outil apporte une continuité entre évaluation et plans d'action ce qui améliore la lisibilité des actions managériales auprès des équipes.

Parmi les contraintes envisagées, l'aspect potentiellement chronophage est évoqué que ce soit pour le cadre ou pour les équipes. Comme pour tout nouvel outil, il doit être intégré, validé et investi par les équipes. Un accompagnement visant à l'appropriation est incontournable.

Enfin, la récurrence des évaluations et le réajustement par des actions managériales ciblées s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue apportant souplesse et adaptation organisationnelle. Cet outil, exploité de manière collective, constitue un support de compréhension partagé favorisant le dialogue social entre le cadre de proximité et son équipe, un levier pour l'amélioration de la qualité de vie au travail.

En conclusion, le modèle ABCD de Norhia et al apporte un éclairage théorique intéressant afin de faire face à la question complexe de la fidélisation des kinésithérapeutes salariés. Il propose une cartographie globale, accessible et évolutive des dynamiques de motivation. La pré-étude de l'outil a permis d'identifier sa plus-value dans l'objectivation des besoins aboutissants à la concrétisation de plans d'action ciblés. Ce mémoire constitue en l'état une étape préliminaire car il faut maintenant développer et déployer l'outil en conditions réelles, y compris auprès des autres professions de la rééducation.

Fanny Arnaud, CDS MK

(1) Questions explorées dans le cadre de mon mémoire d'institut de formation des cadres de santé présenté en 2021 - IFCS Croix-Rouge Paris 14

(2) Nohria,, N.,Groysberg,B., and Lee, L.E.,(2008) Employee motivation, a powerful new model. Harvard Business review.86 (7/8). 80-81.

[Session 4] Pratiques Professionnelles **... attractivité & fidélisation :** **curriculaire en discussion**

Questionner les pratiques d'aujourd'hui, en amont et en aval du DE, permet de penser les pratiques de demain : une « logique curriculaire » proposée par le CNKS avec en préalable incontournable de cerner, définir le(s) « pour quoi » avant de s'intéresser au(x) « comment ».

Permettre aux kinésithérapeutes / physiothérapeutes de se centrer sur des actes à haute valeur ajoutée compte tenu de leur haut niveau de qualification initiale, déléguer à des Assistant(s) de Soins en Rééducation / Réadaptation des tâches administratives et contributives des soins en rééducation, promouvoir une diversification de carrière par la mise en place - parallèlement à la voie historique de l'encadrement - de Kinésithérapeute(s) en Pratique Avancée et de Praticien(s) Chercheur(s), telles sont les ambitions du projet porté par le CNKS dans cette « logique curriculaire » qui ne peut se penser et se porter sans une cohérence d'ensemble.

Pourquoi et Pour Quoi penser « curriculaire » ?

Le CNKS prône, depuis les années 1990, la nécessité d'inscrire l'activité des MKDE en général mais plus spécifiquement en regard de l'exercice salarié dans un curriculum qui le ferait disposer

- en amont d'un assistant de soins en rééducation / réadaptation
- et en aval parallèlement aux voies d'encadrement et de formation de valider et valoriser un exercice en pratique avancée.

de valider et valoriser un exercice de praticien chercheur HU (Hospitalo-Universitaire).

Dans cette logique curriculaire le CNKS estime incontournable, aux fins de garantir la pertinence de chacun et la cohérence d'ensemble, que les réflexions et constructions de ces nouveaux métiers soient concomitantes. De nombreux besoins de rééducation / réadaptation émergent du fait de situations complexes de dépendance et de handicap nécessitant une adaptation et une évolution du système de santé et de ses acteurs.

Cette complexité rend incontournable la recherche d'efficacité par des pratiques coordonnées inter-professionnelles, des coopérations interprofessionnelles de tous les acteurs et l'exigence d'une certification des établissements ou structures de soins et de leurs acteurs.

Il nous faut donc penser la pratique professionnelle en santé sous le regard de l'utilité sociale et médicoéconomique dans une stratégie nationale de réadaptation. Ne pas définir clairement les soins de réadaptation risque d'avoir pour conséquence de les faire sortir du panier de soins. Il nous faut donc penser la pratique professionnelle, dans le domaine du soin, de la réadaptation et donc de la physiothérapie comme curriculum... tout au long de la vie professionnelle...en amont et en aval du diplôme d'exercice...mieux répondre aux besoins, diversifier les carrières.

1° A propos d'un aide ou d'un assistant : profession, métier, ou fonction ?

A ce jour il existe dans le monde de la santé plusieurs types d'aides exerçant aux cotés de paramédicaux : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, et récemment mis en place les assistants en gérontologie

Historiquement, il existait des aides manipulateurs radio et des aides laborantins qui ont été mis en corps d'extinction.

Dans la profession de kinésithérapeute : un certificat d'aide dermatologiste a existé avant de sombrer dans l'oubli et il existe des techniciens de physiothérapie (issus des « aides de physiothérapie » aux Thermes d'Aix les Bains) ; par ailleurs au RNCP figure l'agent thermal.

La question d'un aide en kinésithérapie, ou en rééducation, se pose de façon récurrente depuis plusieurs années dans les établissements de santé. Elle a fait - « en marge de la réglementation » - l'objet d'expérimentations ou de mises en place définitives au sein de plusieurs hôpitaux et centres de rééducation (présentées lors des JNKS ANNECY 2009). Elle fait à nouveau actuellement l'objet de discussions au sein et entre les différentes organisations de la profession et/ou au sein d'instances régionales voire de propositions de formation plus ou moins adaptée ... aux « pour... quoi » selon le CNKS.

Un(e) Assistant de Soins en Rééducation --> pour quoi ?

- pour permettre au praticien d'intervenir (s)électivement auprès du patient avec une réelle plus value liée à son niveau de formation et de technicité, dans le cadre de EBM / EBP, et d'une réelle utilité sociale

- pour garantir aux patients, nécessitant un accompagnement et des « soins élémentaires » de rééducation - qui restent à définir de façon consensuelle au sein de la profession et avec l'ensemble des partenaires concernés - une prise en charge immédiate, régulière et adaptée

La terminologie du professionnel qui agirait dans ce cadre ne saurait être neutre.

Pour le CNKS il ne faut pas penser cette activité comme une nouvelle profession disposant d'un triple niveau de réglementation (de la formation, de protection du diplôme et des actes) mais au plus comme un métier (double niveau de réglementation c'est-à-dire de la formation et du diplôme) voire comme une fonction « spécialisée » d'un métier déjà existant ; ainsi des aides-soignants devenant « assistant de soins en rééducation » aurait la préférence du CNKS ; la formation et le diplôme ad hoc « en rééducation/réadaptation garantissant non seulement leur perfectionnement sur le handicap mais aussi leur attribution réservataire d'exercice au seul domaine de la rééducation «sans risque de récupération par le service de soins infirmier »

2° A propos du kinésithérapeute en pratique avancée

Ce que disent les textes officiels en vigueur: :

La Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation du système de Santé, en son article 119, a créée officiellement la « *pratique avancée* ».

Les professions relevant des titres I^{er} à VII du livre 3 de la 4^e partie du Code de la Santé Publique peuvent exercer en « *pratique avancée* ». C'est-à-dire que légalement la « *pratique avancée* » est accessible à l'ensemble des professions paramédicales ou auxiliaires médicaux ; les sept professions de rééducation, dont le Masseur-Kinésithérapeute, y sont donc éligibles.

La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation du système de Santé, en son article 119, a créée officiellement la « pratique avancée ». Les professions relevant des titres Ier à VII du livre 3 de la 4e partie du Code de la Santé Publique peuvent exercer en

« pratique avancée ». C'est-à-dire que légalement la « pratique avancée » est accessible à l'ensemble des professions paramédicales ou auxiliaires médicaux ; les 7 professions de rééducation, dont le Masseur-Kinésithérapeute, y sont donc éligibles.

Article 119

Le code de la santé publique est ainsi modifié : 1° Au début du livre III de la quatrième partie, il est ajouté un titre préliminaire ainsi rédigé :

« Titre PRÉLIMINAIRE » « EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

« Art. L. 4301-1. -I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

« 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

- a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;
- c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

« 2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

- II.-Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice

minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

« Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la

santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

« La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens sont définies par décret.

- III.-Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée à cet effet sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

- IV.-Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'Etat.

« Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. » 2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « ses malades, », sont insérés les mots : « ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ».

Au sein du CNKS ce sujet du Kinésithérapeute en PA a fait l'objet de communications lors des JNKS d'Orléans 2017, de Besançon 2018, de Lyon 2019, de 2020 et à nouveau pour ces JNKS2021 (cf. site cnks.org)

Il a aussi été l'objet de diverses contributions et enquêtes à l'instigation d'organisations professionnelles, de communications au sein de colloques et d'un **Groupe de Travail intra professionnel fin 2019 et début 2020**.

En l'absence de rapport ou de document officiel co-signé de ce groupe à grands traits le représentant du CNKS a retenu du **Groupe de Travail intra-professionnel de 2019** un relatif consensus sur le fait :

- qu'il faut différencier la Pratique Avancée de l'accès direct même si il peut ou doit y avoir un lien de cause à effet,
- qu'il ne faut pas que la Pratique Avancée soit pensée par la seule « soustraction » à l'activité médicale,
- qu'il ne faut pas mettre en péril la reconnaissance du niveau M2 attendue pour le DE,
- qu'il faut être attentif aux autres strates du métier, notamment les « aides / assistants »,
- que la PA aurait pour objet de reconnaître et valoriser l'extension des champs d'application des domaines de la kinésithérapie, ainsi que l'expérience, la capacité à expliquer et à exporter des praticiens susceptibles d'être labellisés (et non être uniquement des pratiques médicales « dégradées » c-à-d que les médecins ne veulent plus faire, n'ont pas le temps de faire)
- et de garantir aux patients un premier recours de prise en charge / orientation ou traitement dans un cadre de pratiques graduées.

Une question demeurerait plus incertaine - dans les avis - liée à la difficulté de cibler un « domaine » :

faut-il parler de pratique avancée en kinésithérapie ou en réadaptation ? Le CNKS étant pour sa part plus favorable à cette deuxième terminologie pour éviter les zones de frictions probables qui pourraient survenir entre un MK et un MK PA, pour donner de l'amplitude à cette mission, et pour s'inscrire dans un cadre interprofessionnel favorisant la stratégie de Réadaptation et de Professions Alliées.

Groupe de Travail CNKS MK en PA : Ronde Delphi

A partir de l'analyse des résultats de l'enquête de l'été 2020, le groupe de travail pilote interne au CNKS a sollicité l'avis des associations et groupes d'intérêt de la Société Française de Physiothérapie puis mis en œuvre une approche qualitative de recherche de définition et d'utilité sociale sous forme de « Ronde de Delphi ».

C'est ainsi qu'au cours du 1er trimestre 2021, ont été sélectionnés 33 experts (MKs et Cadre de santé MK de la FPH, FEHAP, ... titulaires, contractuels a exercice généraliste ou orienté dans de gros ou petits établissements ... formateurs, directeur de soins, directeur d'instituts, directeur d'établissements, & MPR). Ils et elles ont permis à partir de leurs réponses à un premier questionnaire d'établir une liste de « 80 affirmations », soumises à trois reprises à leur appréciation à l'aide d'une échelle de Likert (outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus).

Ces affirmations portaient sur :

- les représentations concernant les rôles et missions des auxiliaires médicaux en pratique avancée
- les représentations concernant l'utilité spécifique du MK en pratique avancée
- les représentations concernant les domaines potentiels du MK en pratique avancée

De cette étude par ronde de Delphi il apparaît :
un consensus « fort » sur le fait

- que les « domaines » du MK en PA reposent sur le type de mission dans une logique de développement du raisonnement clinique à orientation bio psycho sociale,
- que l'exercice du kinésithérapeute en pratique avancée consiste en une réalisation de nouveaux actes réalisés en interprofessionnalité, répondant à la complexité de polyopathologies, facilité par un diagnostic différentiel,
- que cet exercice s'inscrit dans une perspective de diversification de carrière et de consolidation de la reconnaissance de la profession.

un consensus très « modéré » - voire trop modéré ? - sur la définition de « domaines » à retenir en termes de disciplines systémiques ou populationnelles ou de champs globaux.

En conclusion de quoi le CNKS appelle à

- à poursuivre et reprendre avec les organisations professionnelles des réflexions sur les enjeux pour la profession - et ses métiers - de l'élaboration consensuelle des « domaines » (ou périmètres) du MK en PA
- et, à l'aune de l'approche décrite ci-avant, pour mieux appréhender, cerner et définir l'objet de PA : sortir d'une représentation diaphane des « domaines » qui pour les uns repose sur les disciplines médicales, pour les autres sur des populations, et d'autres encore sur champs d'actions type prévention...le CNKS propose d'explorer une approche par « fonctions ».

Reste à définir ce que pourrait être ces « fonctions ». Les pistes et hypothèses font leur chemin et les premiers résultats de l'enquête APPOCT ... toujours en ligne en complètent le

tableau d'une démarche que le CNKS veut pragmatique et surtout permettant une « visée » qui fasse sens pour le métier salarié... et la profession.

3° A propos de praticien chercheur

L'Evolution des pratiques et compétences professionnelles est - depuis l'attribution aux MKs du diagnostic kinésithérapique et de la formalisation du bilan de kinésithérapie – résolument guidée vers la pratique basée sur les preuves.

Il est utile, nécessaire et indispensable de permettre aux paramédicaux de pouvoir poser des questions de recherche en lien avec leur pratique clinique. L'avènement des PHRIP (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale) a aussi contribué à cet effort de sortie de l'empirisme.

La création dans le cadre du process d'universitarisation de la CNU 91 est porteur d'espoir et de créations de postes d'enseignants chercheurs.

Mais il faut aller plus loin et permettre aussi par la reconnaissance de qualifications par la même instance pouvant conduire à occuper des postes de « praticien-chercheur » au statut spécifique et à créer dans le statut de la FPH comme dans les conventions collectives (FEHAP, CLCC, FHP,...) reconnaissant ainsi le double cursus paramédical et doctorat

C'est là aussi une voie utile, nécessaire et indispensable pour professionnaliser plus encore l'exercice salarié et diversifier les carrières ... et donc renforcer l'attractivité et la fidélisation à ce type d'exercice.

Pierre Henri Haller,
CDS MK
Président du CNKS

[Session 5] Pratiques Professionnelles ... et Professionnalisation

Point sur « l'universitarisation »

Quels regards porter aujourd'hui sur l'universitarisation de la formation ?

L'universitarisation des formations paramédicales a été impulsée par le processus de Bologne en 1999 mais a pris pour les kinésithérapeutes, sous l'égide de la DGOS, une déclinaison concrète en 2015 avec la publication des décrets et arrêtés du 2 septembre.

Portée par le rapport IGAS IGAENR de 2017 elle a ensuite acquis une dimension supplémentaire dans la mouvance de la mission Le Boulter et du MESRI : l'intégration à l'université (fût-t-elle fonctionnelle...) en était en effet devenue l'objectif.

Qu'en est-il aujourd'hui de cette intégration alors que le grade de Master vient d'être décrété, que le paysage de la formation s'est complexifié avec l'arrivée successive de nouveaux acteurs (Grandes Régions, GHT, départements universitaires, CNO ; PU et MCU section 91, etc.) et que de nouvelles méthodologies d'approche des organisations ont été déployées (expérimentations, réforme de la licence..) ?

Tous les IFMK ont maintenant au minimum signé des conventions avec une université pour la sélection des étudiants et pour la participation de l'université à la formation.

Quelques-uns ont intégré organiquement une université, beaucoup ont avancé dans des démarches de partenariats pédagogiques et certains ont rejoint des départements universitaires.

Ces avancées ont été largement médiatisées dans le microcosme professionnel mais se pencher un peu plus précisément du point de vue des acteurs sur les aspects concrets et opérationnels de ces rapprochements, permettrait certainement de mettre à mal quelques idées reçues.

Hervé Quinart
DS

Intégration universitaire ou partenariats universitaires : l'obtention du grade de master change-t-il les voies possibles ?

La publication du décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute conférant le grade de master place les instituts de formation (IFMK) devant de nouvelles voies pour l'épanouissement de leurs étudiants.

En effet, jusqu'alors, les IFMK qui ont souhaité offrir à leurs étudiants une valence universitaire en sus de la préparation du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute se sont engagés dans des partenariats avec une université ouvrant à un double diplôme.

Avant la réforme de 2015, il s'agissait de permettre aux étudiants de valider conjointement un master 1 (maîtrise).

Cette possibilité existait depuis 2001 et a notamment été utilisé à Grenoble, puis Amiens. Depuis la réforme, certains IFMK comme ceux des Hauts-de-France perpétuent cette disposition, en délivrant conjointement un diplôme national de master ou d'autres utilisent

les dispositions permises le décret n° 2020-553 du 11 mai 2020.

En effet, ce décret ouvre la voie à des expérimentations (aujourd'hui officiellement validées pour sept IFMK en partenariat avec autant d'universités), permettant la délivrance de diplômes nationaux de licence ou master au décours du cursus de formation préparant au DE.

La lecture des dispositifs utilisés par les structures d'enseignement supérieur non-universitaire délivrant également un grade de master, comme les écoles d'ingénieurs ou certaines écoles supérieures de commerce ouvre outre les double-diplômes des perspectives de double-cursus pas ou peu explorées par les IFMK.

De nouveaux types de partenariats pourraient-ils constituer de nouvelles voies de formation encore plus riches et diverses ?

Jacques Vaillant

Pédagogie -Portfolio - Partenariat : la démarche TMP vecteur d'attractivité et de fidélisation

Depuis plusieurs années le CNKS promeut une indispensable démarche formalisée de l'accueil et de l'accompagnement en stage de l'étudiant en kinésithérapie.

Un accueil et un accompagnement qui s'entend bien sûr du **tutorat** enfin instauré réglementairement par la réforme des études en masso-kinésithérapie de 2015; Il est recommandé de proposer aux masseurs-kinésithérapeutes tuteurs de stage, une formation au « Tutorat » **[1] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.**

« L'accompagnement doit aller au-delà du tutorat, se prolonger d'une réelle démarche de découverte et d'appropriation du milieu, de l'hôpital ou du centre de rééducation mais aussi du système environnant dans lequel sont produites les prises en charge » conclusion du séminaire JNKS 2020.

En complément de ce texte de 2015, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a publié en 2016 une instruction relative à la formation des tuteurs de stages pour l'ensemble des tuteurs paramédicaux [2]..

[2] Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n° DGOS/ RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux.

De plus en plus d'études (dé)montrent l'importance déterminante sur le choix du mode d'exercice de cet accueil - accompagnement : « *L'accompagnement doit aller au-delà du tutorat, se prolonger d'une réelle démarche de découverte et d'appropriation du milieu, de l'hôpital ou du centre de rééducation mais aussi du système environnant dans lequel sont produites les prises en charge* » conclusion du séminaire JNKS 2020.

Au sein des établissements de santé, cette démarche se doit d'être complétée de véritables dispositifs de **mentorat et partenariat aux fins** notamment **d'attractivité et de fidélisation.**

Des réflexions portées par le CNKS et certains établissements sur le compagnonnage et le parrainage ont abouti au **concept de TMP** (tutorat/mentorat/partenariat-parrainage) car c'est bien au sein des équipes professionnelles, des services et des établissements que se trouvent les ressources à mobiliser pour mieux accueillir et mieux accompagner les futurs professionnels ... qui doivent aussi être vus comme de potentiels futur collègues dans le travail.

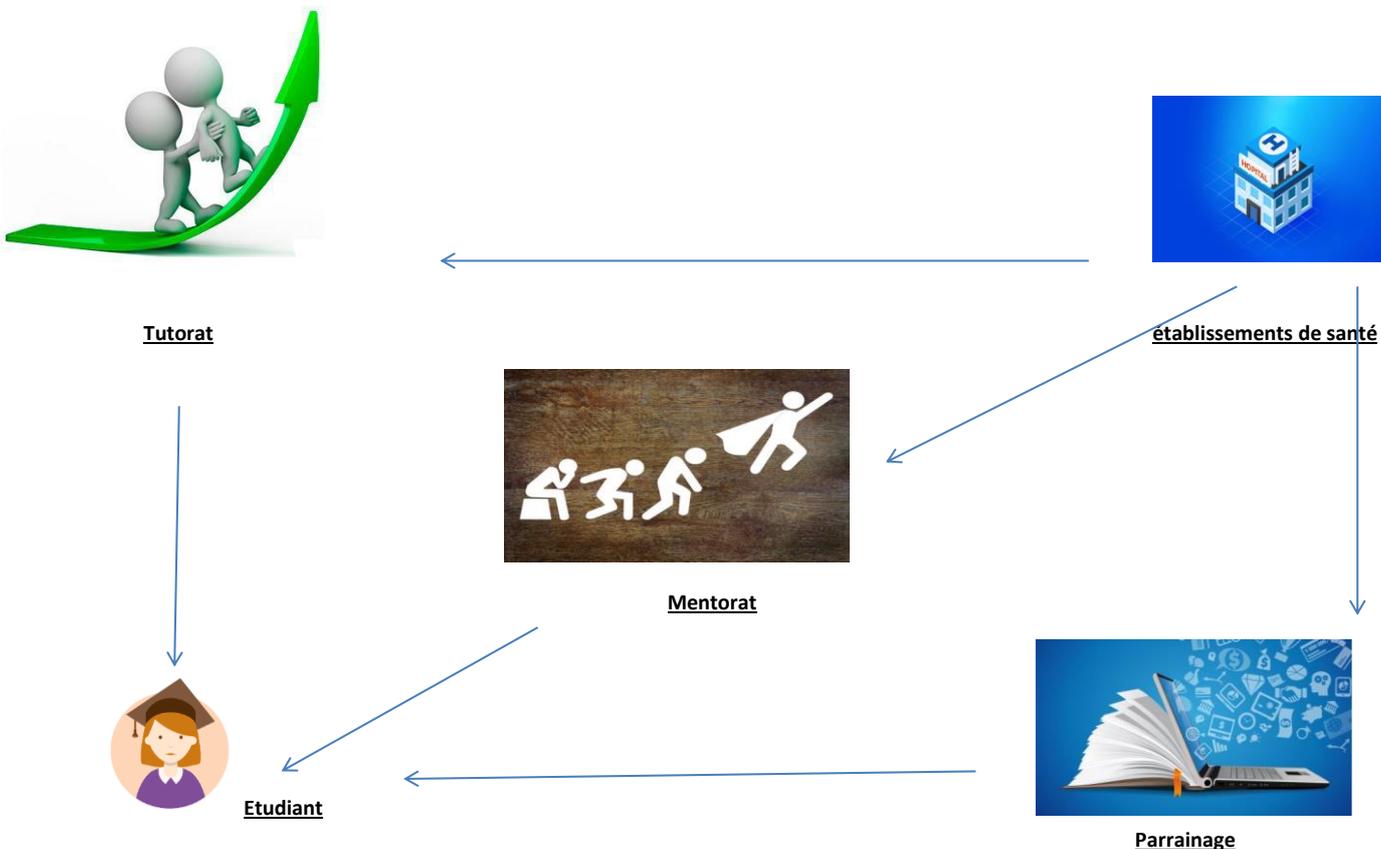
Cette réflexion et proposition d'un process "TMP" – (notamment sur les notions de mentorat et de partenariat avec parrainage des étudiants dans le cadre de stages en établissements de santé) - est née de la nécessité de promouvoir l'exercice salarié par la mise en avant des avantages et opportunités à travailler au sein de collectifs de travail et d'organisations dispensant des soins qu'ils soient publics ou privés au sein desquels le métier de kinésithérapeute salarié a toute sa place.

L'idée serait ainsi de suivre quelques étudiants volontaires dans leur scolarité, les aider à réaliser leurs études, les accompagner dans leur insertion professionnelle en priorisant les actions valorisant l'épanouissement professionnel, l'équilibre social

travail/famille/loisir, l'évolution de carrière, la solidarité en santé publique, en échange d'un engagement sur quelques années au sein de l'établissement.

Une réflexion à poursuivre, des propositions à affiner, étayer et partager qui rappellent l'historique **compagnonnage** de nombre de métiers où l'art, la science et l'humanisme mêlés génèrent un réel professionnalisme

Valérie Martel,
CDS MK
Véronique Grattard,
CSS MK formatrice
Hervé Chanut,
CDS MK
Hervé Chanut
CDS MK



[Session 6] Pratiques Professionnelles ... en (r)évolution

Actualité de la Kinésithérapie en Réanimation

On retrouve au sein des réanimations des patients atteints de défaillance multi-organiques, et dont les fonctions vitales doivent être suppléés par diverses machines. La prise en charge fait intervenir du personnel soignant « spécialisé » au sein duquel on retrouve le kinésithérapeute.

Malgré la mise en place d'un référentiel de compétence du kinésithérapeute par la SRLF et la SKR en 2011, la présence du kinésithérapeute peut être très inégale au sein des services.

La prise en charge fait intervenir du personnel soignant « spécialisé » au sein duquel on retrouve le

Il en est de même pour sa formation, car cette « spécialisation », qui touche autant le champ respiratoire que le champ musculosquelettique, est peu reconnue à ce jour.

Ainsi, la place et les connaissances du kinésithérapeute peut varier d'un établissement à l'autre.

Cependant depuis les années plusieurs années on a pu observer une augmentation du nombre de publications sur l'exercice de la kinésithérapie en réanimation mais aussi des protocoles de recherches mis en place par des kinésithérapeutes.

En 2011 le référentiel des compétences du kinésithérapeute en réanimation mis en place par la SKR et la SRLF détaille toutes les particularités de pratique du kinésithérapeute en réanimation.

C'est ainsi que les kinésithérapeutes participent :

- au désencombrement bronchique ;
- au maintien et à la récupération de l'intégrité de la ventilation (VNI, sevrage de la VM et extubation, gestion de la trachéotomie) ;

- à l'évaluation et la rééducation de la déglutition ;
- à la prévention et prise en charge des complications locomotrices (positionnement, mobilisation) ;
- à la récupération fonctionnelle ;
- à la réadaptation à l'effort ;
- à la prévention des complications liées au décubitus ;
- à la lutte contre la douleur
- aux décisions éthiques

Il est aussi nécessaire d'avoir un fort degré d'autonomie ainsi qu'une aisance dans les gestes pratiques en coopération avec les autres intervenants de la réanimation.

En pratique le kinésithérapeute en réanimation doit avoir des connaissances théoriques suffisantes sur la physiopathologie des défaillances organiques, ses moyens de diagnostic et sa prise en charge.

Il est aussi nécessaire d'avoir un fort degré d'autonomie ainsi qu'une aisance dans les gestes pratiques en coopération avec les autres intervenants de la réanimation.

Le premier versant de la kinésithérapie en réanimation concerne le plan respiratoire. Dans un premier temps une évaluation des signes de détresse respiratoire sont évalués afin de déceler la cause de celle-ci et d'orienter le traitement.

Le kinésithérapeute peut aussi intervenir sur l'encombrement bronchique du patient par l'utilisation de techniques de désencombrement manuelles (modulation de flux expiratoire, rééducation à la toux) et instrumentales (ventilation à percussions intrapulmonaires,

insufflation/exsufflation mécanique, aspiration endotrachéale).

De plus, il participe également à la prise en charge du patient hypoxémique et/ou hypercapnique par la mise en place de l'oxygénothérapie et par le réglage adéquat des paramètres ventilatoires aussi bien en ventilation mécanique invasive que non invasive. Le confort respiratoire du patient et le sevrage de la ventilation mécanique et de l'oxygène sont deux objectifs clés de la kinésithérapie respiratoire en réanimation.

Enfin le kinésithérapeute participe par tous ces éléments au sevrage de la ventilation artificielle mais peut aussi également participer à l'extubation.

Le deuxième versant de la kinésithérapie en réanimation concerne le plan locomoteur. Ce point est essentiel à la récupération des patients mais surtout pour limiter les effets néfastes que peuvent générer l'alitement prolongé. Ainsi le kinésithérapeute commence précocement la mobilisation du patient.

Elle a pour objectif de

- limiter ou pallier les conséquences liées aux neuromyopathies acquises en réanimation (NMAR) qui sont des atteintes des nerfs périphériques (jonction neuromusculaire),
- mais aussi de permettre la récupération musculaire pour réduire les limitations fonctionnelles (mobilité, verticalisation, marche, AVQ) pouvant en découler.

Le kinésithérapeute agit par ces différentes actions afin de promouvoir l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie respiratoire du patient. Pour cela, une prise en charge pluridisciplinaire, une limitation de la sédation et une nutrition optimale sont indispensables.

Les bénéfices musculosquelettiques, respiratoires et psychologiques de la mobilisation précoce du patient de réanimation sont connus.

Pratiquée chez la majorité des patients en respiration spontanée ou intubés et ventilés, les techniques de mobilisation s'étendent de la mobilisation passive au lit à la déambulation du patient en dehors de sa chambre.

C'est pour cela que le kinésithérapeute a une place de plus en plus importante au sein de la réanimation de par ses connaissances mais aussi par la reconnaissance de son efficacité par les multiples publications scientifiques qui voient le jour d'année en année.

Joséphine Cottias,
Kinésithérapeute

Actualité de la Kinésithérapie en Neurologie

En établissement de santé, la pratique de la kinésithérapie auprès de patients neurologiques a fortement évolué ces dernières années avec l'introduction croissante d'outils technologiques et robotiques.

Le kinésithérapeute devient un ingénieur maîtrisant l'outil technologique, le proposant à son patient, le faisant évoluer avec si c'est indiqué et enfin évaluant les effets de celui-ci auprès de son patient.

Faut-il utiliser ces outils en complément d'un temps classique de rééducation ou en remplacement ?

C'est un élément discuté sur le plan scientifique avec des études montrant qu'une augmentation du temps améliore la récupération [1,2] alors que d'autres études [3] ont montré qu'à durée totale équivalente, la rééducation classique couplée à un entraînement robotique était plus efficace.

Ce qui questionne l'importance du contenu rééducatif, de son aspect qualitatif. Nous essaierons de transmettre quelques éléments de réflexion sur le sujet en prenant en compte la pathologie (cérébrale, médullaire) et l'activité concernées (membre supérieur, marche, etc.).

De plus, le kinésithérapeute doit réussir à s'approprier des grands principes de rééducation plutôt que des techniques à proposer à ses patients neurologiques : intensité, répétition, entraînement tâche-spécifique, challengeant et motivant pour le patient [4].

Le kinésithérapeute devient aussi un entraîneur pour ses patients, que ce soit de manière individuelle ou collective.

Ces évolutions du métier, liées notamment aux données de la science doivent être accompagnées. L'implémentation de ces données dans la pratique clinique du kinésithérapeute est un facteur clé de mise en œuvre de nouvelles pratiques.

Différents facteurs (contraintes, opportunités) sont à prendre en compte dans ce processus car la continuité d'une nouvelle pratique n'est jamais acquise.

Antoine Zaczyk
FF CDS MK

[1] Lang CE, Lohse KR, Birkenmeier RL. Dose and timing in neurorehabilitation: prescribing motor therapy after stroke. *Curr Opin Neurol*. 2015 Dec;28(6):549-55. doi: 10.1097/WCO.0000000000000256. PMID: 26402404; PMCID: PMC4643742.

[2] Lohse KR, Lang CE, Boyd LA. Is more better? Using metadata to explore dose-response relationships in stroke

rehabilitation. *Stroke*. 2014 Jul;45(7):2053-8. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.004695. Epub 2014 May 27. PMID: 24867924; PMCID: PMC4071164.

[3] Dehem S, Gilliaux M, Stoquart G, Detrembleur C, Jacquemin G, Palumbo S, Frederick A, Lejeune T. Effectiveness of upper-limb robotic-assisted therapy in the early rehabilitation phase after stroke: A single-blind, randomised, controlled trial. *Ann Phys Rehabil Med*. 2019 Sep;62(5):313-320. doi: 10.1016/j.rehab.2019.04.002. Epub 2019 Apr 24. PMID: 31028900.

[4] Maier M, Ballester BR, Verschure PFMJ. Principles of Neurorehabilitation After Stroke Based on Motor Learning and Brain Plasticity Mechanisms. *Front Syst Neurosci*. 2019 Dec 17;13:74. doi: 10.3389/fnsys.2019.00074. PMID: 31920570; PMCID: PMC6928101.

Simulation en santé et management

Depuis 6 ans, l'IFCS de Reims initie, dans le cadre des modules 4 et 5 de la formation des cadres de santé (Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé), des séquences d'enseignement par la simulation.

Dans le domaine de la santé, la simulation conduit à développer une démarche continue de l'amélioration de la qualité des soins et de gestion des risques.

La méthode est basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive. (Pédagogie expérientielle).

A l'IFCS du CHU de Reims, cette technique pédagogique novatrice est adaptée à des techniques managériales.

Elle s'adresse aux étudiants cadres, et a pour but de les confronter à des situations simulées de conduite d'entretien ou de réunion, à visée d'entraînement et d'analyse de leurs pratiques.

Cette approche spécifique permet une gestion et une analyse des comportements par la mise en situation professionnelle et la communication du cadre dans un environnement d'entretien complexe.

Elle nécessite l'utilisation de scénarios « relationnels », construits, testés et validés par l'équipe pédagogique.

Dans ces scénarios relationnels, vont être analysés l'engagement dans une relation à l'autre, dans un contexte de management.

L'exercice ne va pas tester « le fonctionnement » lui-même de la relation à l'autre mais bien la relation dans ce fonctionnement.

Ces situations simulées permettent de travailler le lien à l'autre dans une atmosphère bienveillante, avec la possibilité de se tromper, de refaire, redire, sans conséquence notable sur la situation elle-même.

Une charte éthique, permet de maintenir et œuvrer à cette atmosphère bienveillante dans le respect de chacun.

Les objectifs pour l'étudiant cadre sont multiples :

- Développer ses compétences à conduire des entretiens individuels
- Développer ses compétences à conduire des réunions
- Améliorer sa communication en situation complexe
- Améliorer son positionnement de manager
- Analyser ses propres ressentis émotionnels et tirer parti de cette réflexivité.

La simulation met en présence plusieurs acteurs :

- L'étudiant cadre de santé
- Un formateur expert en simulation qui assure la supervision des séances
- Des cadres formateurs et/ou des cadres de pôles et des unités de soins, qui jouent le rôle des professionnels des unités.

En effet, afin de rendre la simulation aussi réaliste que possible, les « acteurs » ne sont pas sollicités dans le groupe d'apprenants.

Les séquences de formation en simulation s'appuient sur 3 temps :

- 1) Briefing
- 2) Pratiques simulées
- 3) Débriefing

Une attention particulière est portée sur le déroulement du débriefing grâce auquel des mots peuvent être mis par les apprenants sur les situations vécues.

Cette mise en mots aide à mettre du sens et permet ainsi de transposer à d'autres situations vécues professionnellement.

La gestion de l'émotion est également particulièrement étudiée lors de ce débriefing

L'atmosphère bienveillante et sans jugement est propice à une analyse constructive.

Depuis 6 ans, les retours sont très positifs. Les étudiants cadres mettent en avant les liens au concret travaillés lors de ces séances, et facilement transférables dans leurs futures fonctions.

Le Directeur du pôle RH du CHU de Reims, en collaboration avec les Directeurs des Soins et l'IFCS se sont saisis de cette opportunité pour développer la formation « Simulation managériale » au CHU de Reims aux Cadres de Santé et Faisant-Fonction Cadres de Santé déjà en exercice, dans le cadre la formation continue et du Développement Professionnel Continu.

L'opportunité est alors offerte à ces professionnels parfois en poste depuis plusieurs années, de (re)tester leurs pratiques managériales, de requestionner leur interaction à l'autre dans une situation complexe.

La première session a eu lieu au printemps 2018 avec des retombées très positives.

Ce programme s'est ouvert aux structures extérieures en formation continue et DPC en 2019.

Cette formation est désormais inscrite au catalogue de Formations du CHU de Reims.

Elément de motivation pour les professionnels de santé et réel vecteur de développement des compétences de l'encadrement, la simulation managériale permet de mettre en avant une réelle volonté d'amélioration continue des pratiques, de qualité des soins et de gestion des risques.

B. Schmidt
CDS MK Formateur

L'EM3R : Equipe Mobile de Rééducation, Réadaptation du grand Reims

L'idée d'une équipe mobile de Médecine Physique et de Réadaptation au sein du CHU de Reims a émergé dans le contexte de l'épidémie à SARS-CoV-2 (COVID 19).

Le prolongement dans le temps de l'épidémie, de ses conséquences organisationnelles pour le CHU de Reims, en particulier pour le service de Médecine Physique et de Réadaptation (déprogrammations importantes, fermeture du plateau technique et de l'hôpital de jour, arrêt des consultations physiques durant le premier confinement et la limite des téléconsultations dans cette spécialité) a conduit notre équipe à repenser durablement les modalités de prise en charge et d'intervention auprès des patients, pour éviter toute perte de chance rééducative et maintenir une offre de soins, compatible avec les contraintes sanitaires.

L'objectif est aussi une prise en charge plus écologique, mieux adaptée à des patients fragiles, et innovante car hybride, associant soins à domicile, télésoins et possibilité de relais hospitalier ambulatoire transitoire si besoin

L'objectif est aussi une prise en charge plus écologique, mieux adaptée à des patients fragiles, et innovante car hybride, associant soins à domicile, télésoins et possibilité de relais hospitalier ambulatoire transitoire si besoin.

L'objectif de cette équipe mobile est de recentrer une partie des prises en charge autour du domicile du patient, au cœur de la vie des gens, pour une meilleure intégration des capacités des patients dans leur vie quotidienne, et d'optimiser l'offre de soins en associant également les nouveaux outils de téléadaptation dont nous disposons maintenant, mais pour des programmes de soins courts.

Cette équipe a débuté son activité le premier Mars 2021, sous le nom d'EM3R : Equipe Mobile de Rééducation, Réadaptation du grand Reims. Par définition, elle ne se substitue pas à l'existant mais vient le compléter et intervient en lien fort avec les professionnels libéraux, en particulier les Masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire, composée actuellement de : Médecin de Médecine Physique et Réadaptation, Masseur-kinésithérapeute, Ergothérapeute, Orthophoniste, Psychomotricien, Enseignant en Activité Physique Adaptée, Assistante Sociale et Secrétaire.

Son champ d'intervention correspond au territoire de la communauté urbaine du Grand Reims (Reims et ses environs : 300 000 habitants). Les patients pris en charge sont sortants d'hospitalisation (MCO ou SSR) ou adressés par leur Médecin traitant ou leur Médecin spécialiste. L'intervention de l'équipe mobile de Médecine Physique et Réadaptation du CHU de Reims se décompose en deux dimensions : réadaptive et rééducative.

La dimension réadaptative a pour objectif une facilitation du retour ou du maintien à domicile d'une personne en situation de handicap temporaire ou prolongé.

Elle offre un accompagnement des personnes dans l'adaptation de leur environnement à domicile, que ce soit pour permettre une autonomie dans les activités de la vie quotidienne, ou pour permettre l'accès à leur activité de loisir : évaluation sur le lieu de vie, accompagnement dans l'adaptation de l'environnement, suivi des adaptations et de leur impact.

La dimension rééducative a pour objectif l'intégration des capacités fonctionnelles du patient dans son environnement pour leur utilisation optimale, en relais transitoire post hospitalisation, ou pour compléter l'offre professionnelle libérale déjà existante.

Une double dimension : rééducative et réadaptative

Elle comprend une évaluation médicale, somatique et rééducative, initiale du patient dans son environnement, la définition d'objectif(s) rééducatif(s) précis et réaliste(s), mesurable(s), atteignable(s) dans un temps court, puis la mise en place et la coordination des différents moyens professionnels, pour répondre à ces objectifs, dans le cadre d'un programme complet de soins.

Ces deux volets peuvent être cumulatifs, en fonction des besoins du patient, des ressources du territoire en professionnels de rééducation et de l'évaluation médicale initiale.

Les prises en charge rééducatives peuvent être mixtes :

- équipe mobile/équipe de télééducation,
- équipe mobile et HDJ MPR,

Il en est de même ainsi des évaluations :

- en centre pour le versant standardisé
- et à domicile pour le versant écologique.

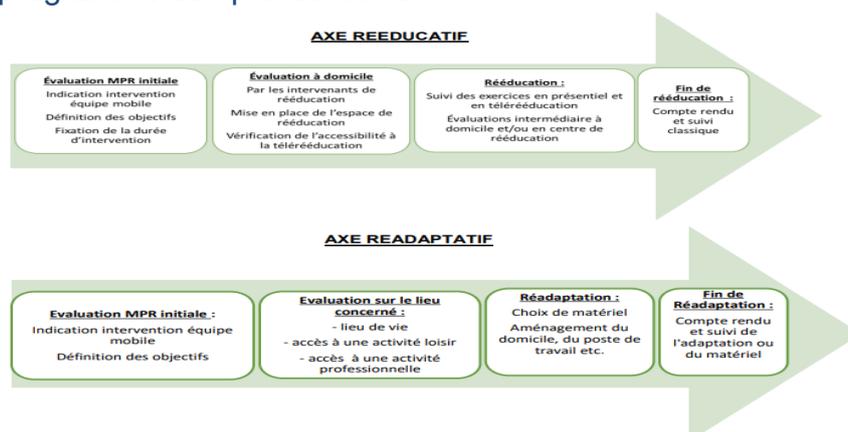
En fonction des besoins du patient, les interventions de l'EM3R peuvent se faire /

- au domicile du patient,
- en visioconférence
- ou sur appel téléphonique.

Le profil des patients pris en charge par l'EM3R est varié.

Ce sont essentiellement des adultes, qui nécessitent tout type de programme de soins de réadaptation coordonné et interprofessionnel. Les filières sont multiples allant de la neurologie, à la pneumologie, à la traumatologie spécifique en relais post aigu ou à la gériatrie.

Sophie Trichot
CSS MK



[Session 7] Pratiques Professionnelles ... Prospective(s)

Outil de validation de vécu en première personne : de la rencontre du patient au bien être du soignant

Le vécu en première personne, le ressenti subjectif, est historiquement le parent pauvre de la scientificité, voire son vilain petit canard.

Plus de trois siècles de science galiléenne ont couronné l'objectivité comme l'ordre légitime de la science. Irréductibles pourtant, la psychologie, à travers la psychophysique ou à travers les échelles de la douleur, la sociologie avec ses enquêtes en immersion et ses interviews de terrain, auront entretenu une place pour la subjectivité dans la grande cour des sciences.

Au tournant du 20ème siècle, la Phénoménologie, d'abord en Allemagne, puis en France, renouève les bases épistémologiques de la certitude scientifique en s'appuyant sur les évidences du vécu. Touchant d'abord aux mathématiques et à la logique, elle atteint rapidement les questions du corps, de l'éthique, à travers notamment son déploiement dans le domaine de la psychiatrie.

La kinésithérapie s'en trouve concernée à plus d'un titre : la corporéité, la motivation, la douleur, l'image de soi sont des éléments de subjectivité à la rencontre desquels le kinésithérapeute se trouve quotidiennement confronté, et qui forment des paramètres importants de la compliance.

Mais les outils que la Phénoménologie a élaborés touchent à plus loin que l'écoute attentive et méthodique de la subjectivité du patient : ils ouvrent également des perspectives pour la prévention et le bien-être des équipes soignantes au quotidien, c'est-à-dire pour la prise en considération de l'expérience subjective des soignants comme levier de leur qualité de vie.

« ... la corporéité, la motivation, la douleur, l'image de soi sont des éléments de subjectivité à la rencontre desquels le kinésithérapeute se trouve quotidiennement confronté, ... »

Alex Peltier
MK Chercheur en phénoménologie

Etudes AMADEUS & APPOCT

AMéliorer l'ADaptation à l'Emploi pour limiter la soUffrance des Soignants (AMADEUS)

Etude des liens entre la prévalence du burnout, l'environnement psycho-social et le syndrome dépressif : une enquête descriptive transversale nationale Française chez les professionnels de santé

Contexte

Le burnout est un phénomène international défini comme un état d'épuisement professionnel ressenti face à des situations de travail exigeantes et peut évoluer vers la dépression ou l'anxiété. Il peut également avoir un impact sur le plan économique et organisationnel. Les études portant sur les professionnels de santé se sont centrées sur les médecins mais aucune à ce jour n'a exploré les autres corps de métier de la santé. L'environnement de travail constitue la principale cause de burnout, traduit par des conditions de travail difficiles des phénomènes de harcèlement moral et/ou sexuel, ce facteur demeure insuffisamment exploré dans la littérature.

Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de déterminer la prévalence du burnout chez les Médecins seniors, Internes, Infirmiers, Cadres de santé et Cadres supérieurs de santé, Kinésithérapeutes et ergothérapeutes,

Psychologues et Aides-Soignants et Sages-femmes (MICKPAS), mesurée à l'aide d'une échelle standardisée et validée le Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI.

Les objectifs secondaires sont d'explorer et d'évaluer les facteurs psycho-sociaux liés au travail et susceptibles d'impacter la santé mentale des MICKPAS grâce au questionnaire de Karasek; et d'étudier leur association avec le risque de dépression (Center for Epidemiologic Studies- Depression), le harcèlement professionnel, la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et également le mode de vie de l'individu : consommation de tabac, d'alcool, de café, l'activité physique et qualité de sommeil (Pittsburgh Sleep Quality Index).

Matériels et méthodes

L'enquête prendra la forme d'un questionnaire volontaire et anonyme en ligne réalisé sur la plateforme FramoForm1® et sera diffusé via les réseaux sociaux, les associations de patients et d'aidants, les réseaux professionnels et les mailings de facultés. Une déclaration de conformité CNIL (MR003) a été effectuée.

Résultats attendus

Au vu des études internationales, nous nous attendons à un taux élevé d'épuisement professionnel avec des disparités selon les corps de métiers, les données sociodémographiques, l'ancienneté et le type de service. Nous attendons également un taux important de dépression non traitée. Cette étude permettra de fournir des données probantes aux décideurs afin de mettre en place des stratégies collectives de réduction de l'épuisement professionnel et de la dépression dans les différentes populations étudiées.

Résultats intermédiaires

L'enquête en ligne a suscité un nombre important de réponses N=10 300. Les données sont en cours d'exploitation. Concernant les kinésithérapeutes, la diffusion de l'enquête a été facilitée par le CNKS et la SFP, via mail, publication et réseaux sociaux. Sur les 306 kinésithérapeutes répondants, la prévalence du burn out est de 32% N=176, et la prévalence d'un haut risque de dépression de 17% N=90.

Lucas Guillaume
Infirmier Cadre de Santé MsSc Doctorant,
Haller Pierre-Henri Kinésithérapeute
Cadre Supérieur de Santé, MsSC

APPOCT : Activité(s) Pratique(s) Professionnelle(s) – Organisation(s) et Condition(s) de Travail

Un groupe de travail « APPOCT » a été constitué et a lancé une enquête approfondie visant à recenser, actualiser les connaissances de la population des MK et cadres salariés, des établissements de soins et de leur fonctionnement / rééducation et des activités, pratiques de soins et organisation de travail

L'occasion aussi de repérer les évolutions du métier salarié, de sonder le sentiment de reconnaissance des salariés, ainsi que leur représentation sur les freins et les opportunités qu'ils ressentent au sujet de l'attractivité et de la fidélisation.

A la veille des JNKS, malgré la période estivale, cette enquête lancée fin juillet a recueilli plus de 240 réponses.

Son analyse sommaire sur les premiers résultats encourage à la laisser en ligne pendant encore quelques semaines pour amplifier et compléter les premières tendances.

Pauline Wild, FF cadre de santé
Hervé Chanut, cadre de santé
Laurie Louis, FF cadre de santé
Valérie Martel, cadre de santé

Posture et Place de la Physiothérapie

La profession de Kinésithérapeute / Physiothérapeute a franchi de nouvelles étapes dans son évolution et sa maturation.

Nous pouvons notamment relever la création de la Section 91 Science de la Réadaptation au sein du Conseil National des Universités (CNU) en Octobre 2019. Cette section permet maintenant de qualifier les personnes ayant choisies une carrière universitaire en vue de potentiels postes Universitaires de Maître de Conférence et Professeur en Science de la Réadaptation dans les Universités.

C'est un premier pas vers la création de laboratoires dédiés aux sciences de la réadaptation en France ainsi qu'un signe d'une reconnaissance d'un socle d'expertise et de connaissances suffisantes pour le faire fructifier au sein d'une section propre.

La maquette de la formation initiale a changé, elle est maintenant basée sur un modèle Universitaire avec des Unités d'Enseignements, sanctionné par un des crédits reconnus dans toute l'Europe.

La sélection à l'entrée est maintenant 100% universitaire. La durée des études s'est allongée. Elle suit maintenant les recommandations internationales de la World Physiothérapie. Tout récemment le ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation

ainsi que le ministère de la Santé ont reconnu que le diplôme d'état équivalait au grade Master. En parallèle de cela, de plus en plus d'écoles/instituts font partie intégrante de l'Université et plusieurs modèles sont aujourd'hui à l'essai.

Tous ces changements montrent que le futur de la profession sera en grande partie façonné par l'Université et l'ensemble des institutions qui gravitent autour. Cela inclut bien évidemment les laboratoires de recherches, mais également les centres hospitaliers qui sont souvent des lieux à la pointe de l'innovation et des avancées de la Science, des lieux où les nouvelles technologies sont développées et testées, des lieux d'où les savoirs émergents avant de se façonner pour le public.

L'exercice de Kinésithérapie en salariat est au cœur de cette évolution pour plusieurs raisons et le rôle du Kinésithérapeute en milieu salarial a énormément évolué depuis 10-15 ans. Cela s'illustre

L'exercice de Kinésithérapie en salariat est au cœur de cette évolution pour plusieurs raisons et le rôle du Kinésithérapeute en milieu salarial a énormément évolué depuis 10-15 ans.

notamment par le fait que de plus en plus de Kinésithérapeutes sont investigateurs et porteurs de PHRIIP (Projet Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédical), ou encore l'augmentation du nombre de praticiens avec un double ou triple exercice associant pratique, enseignement et recherche. C'est aussi le lieu de

développement de compétences de collaboration et de management.

Le Kinésithérapeute salarié a aujourd'hui la possibilité d'avoir un exercice varié, valorisant avec une reconnaissance qui dépend malheureusement encore des nombreuses rigidités statutaires et conventionnelles qui s'imposent aux établissements.

Au-delà du rôle qu'il peut avoir, c'est l'exercice lui-même qui a évolué. L'hôpital est un lieu de haute technicité. Et il n'est pas rare d'avoir des experts en exercices dans différents domaines avec des responsabilités et un rôle de plus en plus important dans l'équipe pluridisciplinaire. Lors des deux dernières années, nous avons pu voir le rôle important des Kinésithérapeutes en réanimation avec les compétences et expertises qui leur sont propres et indispensables à l'équipe médicale.

On retrouve la même chose pour les services de pédiatrie, de neurologie, de brûlés, d'amputés, etc...

D'autre part, des initiatives fleurissent aussi pour des expérimentations de délégations de compétences notamment dans les services d'urgences. Encore une fois, ce sont les structures hospitalières qui permettent cela.

Le lien fort qui existe entre l'Université – les laboratoires et les Centres Hospitaliers peuvent laisser penser que les prochaines évolutions de la profession se feront dans ce secteur qui sera le socle permettant le développement des savoirs en science de la réadaptation.

Le paradigme d'exercice et d'enseignement a lui aussi changé.

L'accès à l'information sur l'efficacité ou non d'un traitement, d'une intervention ou d'un outil est

maintenant enseigné dès la première année de formation.

La posture de l'enseignant n'est plus forcément celle du sachant mais plutôt celle du guide qui aide l'étudiant à comprendre, utiliser et appréhender les informations à sa disposition afin de faire de lui (i) un thérapeute polyvalent, (ii) un être à l'écoute des besoins des patients et (iii) un professionnel à l'esprit critique sachant mettre en perspective les aspects théoriques du savoir acquis et la situation clinique particulière dans laquelle il exerce.

Même si nous restons une profession dépendante de la prescription médicale, toute l'expertise clinique est reconnue et laissée à notre initiative notamment avec le bilan MK, l'approche par symptômes, les examens faisant intervenir les drapeaux rouges et drapeaux jaunes etc...

Toute cette évolution fait que les compétences des Kinésithérapeutes sont de plus en plus reconnues et permettent la mise en place de collaborations et de projets de coordination avec le corps médical.

Lorsque nous regardons nos voisins ou cousins anglo-saxons, il est vrai que nous ne sommes pas encore à leur niveau en termes d'indépendance d'exercice, nous n'avons pas la première intention, l'accès direct, l'autorisation de prescription de médicament, d'imagerie...

Mais aujourd'hui, la balle est dans notre camp. Nous avons tous les outils en notre possession pour mettre en avant nos compétences et montrer, en collaboration avec l'ensemble des acteurs du soin, que nous pouvons tenir ce rôle et prouver que notre formation est suffisamment solide pour prétendre à ces futures compétences.

A nous de travailler de concert avec les sociétés savantes, les autorités sanitaires (HAS), les équipes de recherche pour évaluer cet impact autant sur le plan clinique qu'économique.

Le prochain grand défi de la profession sera donc d'utiliser les bons leviers permettant de montrer

qu'elle est à sa place au sein du parcours de soin en France.

Matthieu Guemann
PT PhD
Président SFP

Réadaptation & Professions Alliées

Prémices et Perspectives

Pour structurer et pérenniser une stratégie nationale de réadaptation, il est indispensable de coopérer à tous les niveaux de gouvernance.

La notion de professions alliées est fondamentale.

En effet le concept de réadaptation par nature interprétable en fonction de la culture professionnelle initiale est loin d'avoir une définition consensuelle.

Les premiers échanges interprofessionnels ont mis en évidence l'importance d'un vocabulaire commun, et un glossaire est en cours d'élaboration.

L'alliance entre des professionnels dont l'objectif commun est d'optimiser la fonction en interaction avec l'environnement, mais dont les contributions sont inhérentes à leur identité professionnelle initiale est incontournable.

Il s'agit d'une part d'obtenir la meilleure qualité de soins du patient et d'autre part de faire reconnaître la contribution à la valeur de chacune des professions alliées pour cet objectif.

L'utilisation d'un langage commun et la coopération effective sont les éléments clés pour une stratégie nationale, régionale et territoriale de réadaptation.

L'enjeu est l'identification par les tutelles de ce domaine d'activités stratégiques pour la construction d'une offre de soins de réadaptation, d'un système d'information, d'évaluation et de financement spécifiques au sein d'un système de santé mieux intégré.

Andrée Gibelin
Jean-Pascal Devailly

MERCI

JNKS 2021

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE & PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Nos prochains rendez-vous :

STKS - Visio-Conférence

jeudi 18 novembre 2021

La recherche à l'ordre du jour

JNKS 2022 - REIMS

22 et 23 Septembre 2022

Gardons le lien :

Kinéscope

contact.cnks@gmail.com

Facebook

[@cnks](#)

LinkedIn

[@cnks](#)

Twitter

[@CNKS_org](#)



Adhésion

<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2021>

KINESCOPE,

seule publication porteuse d'expériences
et réflexions d'utilité sociale & sociologique
des Kinésithérapeutes, cadres MKS & rééducateurs salariés.

Saluons



la kinésithérapie salariée !
en SSR, en Médico-social ou Hospitalier,
un formidable métier !

CNKS :
intérêt, engagement & participation
de chacune et chacun d'entre vous sont utiles, nécessaires
et indispensables à la reconnaissance et valorisation de notre métier.



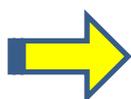
Ecnks EPISCOPE



➔ **Campagne d'adhésion 2021: Et vous ...**
Ne restez pas solitaire(s),
Devenez solidaire de la promotion du métier de MK Salarié !

Toute l'année :
le temps du nouvel engagement ou du renouvellement de l'adhérent

partagez vos expériences, vos suggestions, vos envies & vos avis
(re)devenez membre⁽²⁾ d'un simple clic sur le lien ci-après :



<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/adhesion-cnks>

(*) Être adhérent correspondant de l'association CNKS c'est l'assurance :

- d'être recevoir KINESCOPEs & suppléments,
- d'être sollicité pour répondre à nos enquêtes,
- d'être sollicité pour participer à nos groupes de travail,
- d'avoir accès à tous les dossiers du site www.cnks.org,
- d'avoir un accès priorisé lors des inscriptions aux SKTS,
et de bénéficier d'un accès priorisé et du tarif réduit adhérent pour les inscriptions JNKS

**CAMPAGNE
2021
D'ADHESION**

Et moi ? au-delà d'un exercice quotidien complexe
qu'est-ce que je peux faire pour saluer la kinésithérapie salariée ?

rester SOLITAIRE ? devenir SOLIDAIRE ?

KALEÏDOSCOPE Evènements

A VOS
AGENDAS

STKS 4 visio conférence
Jeudi 18 novembre 2021 18 h 30
« MK & RECHERCHE »

JNKS REIMS 2022

Journées Nationales de la kinésithérapie salariée

Jeudi 22 & vendredi 23 septembre 2022 *

« Pratiques Professionnelles & »

(*) à REIMS en présentiel ... ou en visio-conférences si la situation sanitaire l'exige.

appel médical partenaire des kinésithérapeutes.

Notre réseau rééducation est à vos côtés dès aujourd'hui pour vous accompagner dans votre carrière professionnelle.

mission intérim

Nous vous proposons des missions de courtes ou longues durées, partout en France, Corse et DOM TOM, dans des CRF, SSR, hôpitaux, thermes...

Nos missions s'adaptent à vos plannings et exigences : salaire négocié pour vous, aide au logement, participation aux frais de déplacement, formations complémentaires, avantages CE, parrainage...

poste CDI-CDD

Vous recherchez un CDI ou CDD ?

Dans votre région ou partout en France ?

Appel Médical vous accompagne également dans vos recherches et vous propose des postes en tenant compte de votre rythme et de vos choix professionnels. Nous nous chargeons de négocier pour vous votre salaire.

Pour plus d'informations renseignez-vous dès aujourd'hui dans vos agences :

pour plus d'informations renseignez-vous
dès aujourd'hui dans vos agences :

● PACA Kiné (gère aussi Corse)
04 96 12 52 90
provence.reeducation@appel-medical.com

● Paris Ile de France Kiné
01 72 60 51 90
idfnord.kine@appel-medical.com

● Ouest Kiné
02 99 78 19 49
ouest.kine@appel-medical.com

● Rhône Est Kiné
04 77 32 08 05
rhoneest.kine@appel-medical.com

● Centre Atlantique Kiné
05 57 01 37 38
centreatlantique@appel-medical.com

○ Sud Est Kiné (gère aussi DOM TOM)
04 66 58 28 80
sudest.kine@appel-medical.com

