

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salarée

n° 16

fév. 2022

ET SON SUPPLEMENT
DOSSIER L'ESSENTIEL
REFORME SSR SMR



KINESITHERAPIE :

Travaux & Chantiers... en oeuvre

Kinésithérapeute salarié(e) &...

MK en PA ?

PEC vs PES



www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salarée

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

Apostille

L'impression de savoir est bien plus dangereuse pour la connaissance que l'ignorance.

Gérald Bronner
Déchéance de rationalité, 2019

SOMMAIRE

- Périscope p.2
- L'ESSENTIEL :
 - SSR vs SMR p.3
 - ELECTIONS p.4
- Adhésion p.5
- Secteur Médico-social p.6 à 8
- La Carrière Curriculaire & MK en PA p.9 à 12
- Formation Initiale : le rapport d'étonnement p.13 à 15
- LES MAUX DES MOTS p.16 à 22
- Recherche et MK Salariée p.23 à 26
- I.A. et MK salarié p.27/28
- Vie Associative : Lu pour nous / Agenda / Evènements p.27 à 34

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

« **L'intention, le geste et la trace** » telle est la devise des architectes que le CNKS a déjà fait sienne tant au travers de l'édito d'un précédent Président que dans une des trilogies des JNKS.

En ces temps d'incertitudes pandémiques, sociétales, électorales, ... elle illustre bien à nouveau et balise les indispensables étayages pour un monde de la santé, et ses multiples professions qui - face à l'épuisement d'un système dénoncé depuis longtemps mais révélé cruellement à bout à l'aune de la pandémie - sont en **travaux** et **chantiers** pour **s'adapter** et se **réinventer**.

Quelles que soient les causes qui en sont l'objet ... **pour que des travaux fassent œuvre il faut que les chantiers fassent sens.**

Les activités de santé, leurs acteurs, métiers et professions, n'échappent pas à cette règle simple fondée sur la pertinence et la cohérence ; kinésithérapie, et kinésithérapeutes salariés, non plus.

Ces chantiers et ces travaux, utiles et indispensables à la défense mais surtout à la promotion et à la valorisation, sont nombreux... tant de façon spécifique pour notre métier de MK salarié, que plus globalement pour notre profession et donc en lien avec nos collègues libéraux, et que , encore plus globalement en interprofessionnalité ... aux fins de cohérence et de qualité pour les patients.

Le CNKS se doit, en qualité d'association de kinésithérapeutes et cadres kinésithérapeutes salariés, d'y prendre sa part. Et c'est dans ce cadre que nous vous proposons des réflexions et stratégies systémiques, notamment avec le schéma de carrière curriculaire, souvent en rupture avec les stratégies du coup par coup.

Négocier et obtenir, étape après étape, certaines avancées et reconnaissances professionnelles, ne doit pas priver d'une vision générale et d'un plan global ...voire d'avancées parallèles en cohérence.

KINESCOPE n°15 «l'heure des choix» listait déjà les travaux et chantiers auxquels le CNKS s'attelle ; **KINESCOPE n°16**, et **ses dossiers Hors Série** à consulter sur le site (*cf. p. 2 & 3*) en détaillent encore un peu plus certains et c'est l'occasion de vous inviter, à nouveau, à vous y joindre et à y participer. Et comme le dit souvent le président fondateur du CNKS « participer ce n'est pas que prendre et partager, c'est avant tout prendre part et faire partie ».

Pierre Henri Haller
Président

cnks Collège National de la Kinésithérapie Salariée
Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

SOINS DE SUITE & DE READAPTATION VERSUS SOINS MEDICAUX & DE READAPTATION

Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>
Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

DOSSIER CNKS
La réforme attendue ?

<https://www.cnks.org/soins-de-suite-de-readaptation-vs-soins-medicaux-de-readaptation/>

www.cnks.org
in t f
contact.cnks@gmail.com

Kinéscope
Le 04/11/2022
Association de loi 1901



A CONSULTER
SUR CNKS.ORG



<https://www.cnks.org/2022-2027-5-ans-pour-la-kinesitherapie-la-readaptation/>

Engagez vous, Impliquez vous, Soutenez le CNKS !



Devenez adhérent associatif membre abonné ou membre correspondant

 **Adhésion 2022 : lien + [clic + ctrl]**

<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2022-3>

L'ESSENTIEL

Monde Santé Social

Secteur Médico-Social & Kinésithérapie Salariée

Si le métier de Kinésithérapeute salarié dans le secteur des établissements hospitaliers et celui des établissements SSR connu - et parfois reconnu - il existe aussi dans un secteur moins visible qui mérite d'être mis en exergue : le secteur médico-social.

C'est ce qu'a décidé de faire le CNKS, au travers des colonnes de cette rubrique « **L'ESSENTIEL** - *Le monde de la Santé* » de KINESCOPE, qui entend ainsi témoigner de l'engagement - utile, nécessaire, indispensable - des professionnels de santé au rang desquels les Kinésithérapeutes salarié-e-s qui y travaillent ; ... gisement potentiel d'emplois salariés pour les MKs désireux de travail en équipe autour et pour les personnes en situation de handicap.

Être professionnel de santé est plus qu'une simple vocation, que le sacro-saint sacerdoce attendu par les uns, inéluctable pour les autres... c'est une démarche, un projet... empreint d'altruisme, d'empathie, de service. Quel que soit le mode d'exercice, quelles que soient les contraintes inhérentes aux cadres législatifs, réglementaires, administratifs, financiers, ces valeurs qui étayent l'activité de "prendre soin" sont constantes. Pour autant les critères et autres indices de performance et de crédibilité sont comme dans tout type d'emploi ceux qui doivent guider la quête d'une saine gestion, d'une bonne adéquation des ressources aux besoins, pour garantir efficacité, rentabilité et qualité. Trop longtemps divisés, affrontés, les mondes de la santé et du social, les mondes libéral et salarié, sont à l'aube de ce siècle en pleine recomposition, en voie de ré-articulation, de coopération... pour mieux répondre à la commande sociale. L'exercice salarié de la kinésithérapie y a sa place tout au long de la vie des professionnels et des patients.

Secteur Médico-Social & Kinésithérapie Salariée

Au-delà d'un rapide zoom sur le secteur médico-social au sein du dispositif de santé et d'action sociale en France, réalisé dans un précédent numéro, KINESCOPE entend produire le témoignage de collègues ayant choisi de s'investir dans ce secteur.

Maxime Kosmala,

MKDE depuis 8 ans, après une première expérience d'exercice en libéral nous a rapporté dans KINESCOPE 15 pourquoi et pour quoi il est récemment devenu salarié au sein d'un IEM dans les Hauts de France.

Dans ce numéro 16 Maxime revient nous raconter et nous expliquer à l'aide du « projet personnalisé » - dont il a découvert les coulisses - en quoi le contexte institutionnel de l'exercice de la profession façonne le métier de kinésithérapeute salarié, et pour quoi coordination des activités et coopérations avec les autres acteurs de soin ... autour et avec les patients ... sont indispensables.

Le projet personnalisé :
la coordination des soins et la coopération des soignants avec le patient

La kinésithérapie, et tous les métiers du monde médical, sont au service du patient. Cela semble être une porte ouverte qu'il faut bon d'enfoncer de temps à autre. Et dans le monde médico-social, c'est encore plus vrai. En même temps, depuis les années 60, la relation avec les patients change. Encore plus depuis les années 2000 où le patient devient un véritable partenaire et acteur dans ses soins. Ce qui nous oblige à encore plus coopérer entre professionnels de santé afin d'apporter des réponses pertinentes mais aussi cohérentes et communes aux problématiques du patient. A l'IEM, cela correspond à la mise en place d'un **projet individuel** appelé aussi **projet personnalisé**.

Ce qui nous oblige à encore plus coopérer entre professionnels de santé afin d'apporter des réponses pertinentes mais aussi cohérentes et communes aux problématiques du patient.

Lorsque j'exerçais encore libéral dans ce centre - et avouons-le peu formé aux différentes problématiques du monde de la pédiatrie et du monde médico-social - je faisais mes bilans comme j'avais appris et comme je le faisais dans le reste de ma pratique quotidienne. Je bilantais les Niveaux d'Evolution Motrices, je réalisais un bilan orthopédique avec un goniomètre, bilan de l'équilibre statique assis ou debout quand c'était possible. Je réalisais un écrit comme je pouvais le faire pour un médecin.

Mais je ne pouvais participer aux réunions. On ne se rend alors pas compte si nos données sont utiles ou comprises que ce soit par le reste de l'équipe qui prend en soin ou plus important, par la famille et l'enfant.

Or, les enfants ayant des troubles moteurs ont leurs propres envies, attentes et souhaits. Leurs familles aussi.

On parle souvent du modèle Bio-Psycho-Social dans le soin. Et bien ici, fort de cette nouvelle expérience de MK salarié à temps plein, je réalise qu'il est impossible de ne pas le prendre en compte. On ne peut pas simplement comparer et vouloir que les enfants atteignent une « norme ». Il est important de pouvoir les suivre au long cours et d'utiliser des outils « adaptés ». Et pour cela, nous devons avoir une vision globale de l'enfant ... et donc travailler en équipe.

Le plateau technique d'un IEM peut comprendre, en plus des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, mais aussi des psychomotricien-ne-s, des psychologues, des neuropsychologues, et si on est chanceux des enseignant-e-s en activité physique adaptée. Et chaque profession a ses spécificités.

Le but du jeu est donc d'articuler et de coordonner ces spécificités tout au long de la prise en charge afin, entre-autre, d'accéder au souhait et au projet, de l'enfant. Dans ce but, nous devons donc :

- employer entre nous un langage commun précis,
- avoir le même discours avec la famille,
- et développer les mêmes objectifs qu'eux.

Avec la collègue ergothérapeute et la collègue psychomotricienne, nous nous réunissons 1 fois par semaine de manière formelle (traduisez par une réunion) et beaucoup plus souvent de manière informelle.

Nous recherchons les bilans communs à faire, nous nous expliquons les situations, et explicitons, confrontons, les points de vue. Nous mettons en place des séances communes avec un ou plusieurs enfants.

Par ailleurs nous essayons de participer à des événements communs comme des formations ou des colloques. Comme par exemple le webinaire qui fait suite à la publication des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS pour la rééducation et la réadaptation de la fonction motrice en cas de diagnostic de paralysie cérébrale.

Lors de la réalisation du projet personnalisé, nous discutons ensemble, et fixons des objectifs.

Afin de poser les objectifs avec l'enfant et sa famille nous nous efforçons de suivre et de nous appuyer sur le cadre conceptuel des 6F (Fonction, Famille, Forme physique, Félicité, Fraternité et Futur) et d'utiliser le moyen mnémotechnique SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable et Temporelle).

Mais cet idéal méthodologique nécessite un apprentissage de la part de tous les professionnels de santé y compris médecins et les familles... Et donc de beaucoup de temps et d'espaces de discussion et d'échanges plus adaptés que les simples réunions de synthèse.

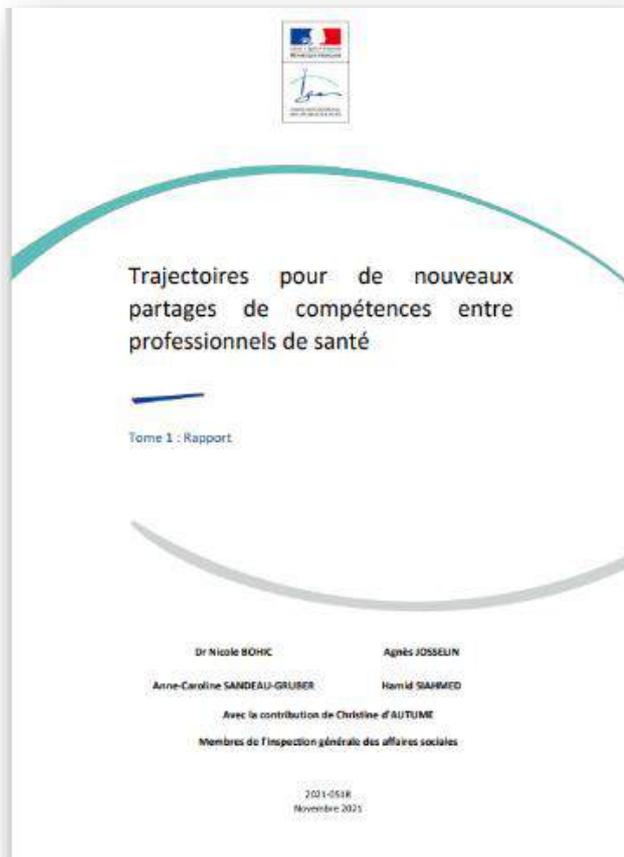
Nous recherchons les bilans communs à faire, nous nous expliquons les situations, et explicitons, confrontons, les points de vue. Nous mettons en place des séances communes avec un ou plusieurs enfants.

(à suivre dans un prochain KINESCOPE)

La Carrière Curriculaire L'ESSENTIEL

Le **CNKS** depuis plusieurs années prône une réflexion et une proposition d'évolution et de diversification de carrière : « un curriculaire de carrière ».

Dans cette perspective curriculaire, pensons ensemble un continuum en amont et en aval du diplôme d'exercice et du grade Master, dans un contexte de nouvelle Stratégie Nationale de Réadaptation et de Professions Alliées : en amont par l'assistant de soins en rééducation, et en aval par le cadre de santé, **le kinésithérapeute en pratique avancée**, le clinicien chercheur, l'enseignant chercheur.



Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) vient éclairer & complexifier les débats et les perspectives. KINESCOPE n°15 paru début Janvier vous en suggérait la lecture et avait déjà indiqué « à peine mis à disposition ce rapport a suscité bien des réactions et fit couler beaucoup d'encre ». Et cela n'est vraisemblablement pas prêt de se terminer quand on observe les tensions qui sont apparues ces derniers jours entre les IADE qui souhaitent être reconnues « IADE en Pratique Avancée » et les médecins anesthésistes réanimateurs qui s'y opposent ...

Alors que le CNKS de son côté poursuit et amplifie sa réflexion sur le sujet du MK en PA il est intéressant de relever et vous livrer ci-après, pour nourrir les débats, quelques éléments in extenso de ce rapport tels qu'ils ont par ailleurs été présentés lors d'une réunion organisée sur le sujet du MK en PA à l'initiative conjointe du CNKS et de la SFP (cf. page 11).

EXTRAITS DU RAPPORT DE MISSION IGAS : TRAJECTOIRES POUR DE NOUVEAUX PARTAGES DE COMPETENCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

...

« des critères permettant de qualifier le niveau d'avancement des pratiques sur cinq axes ont été élaborés :

- ▶ Degré de compétences et pouvoir décisionnel ;
- ▶ Degré d'autonomie et distance interventionnelle ;
- ▶ Degré de risque et responsabilité assumés (avec la difficulté de grader les situations en fonction de leur gravité et urgence) ;
- ▶ Périmètre d'intervention ;
- ▶ Degré d'indépendance d'accès à la patientèle.

Ces lignes directrices sont proposées pour permettre d'arbitrer entre les multiples demandes de nouvelles pratiques avancées, insistant sur la nécessité d'une doctrine et d'une gouvernance spécifiques.

...

La mission considère qu'une réflexion est incontournable sur la refonte de la structuration des professions de santé dans le Code de la santé publique, dans le contexte de l'essor des coopérations interprofessionnelles et de la montée en compétences des professionnels paramédicaux. Cette réflexion devra notamment s'intéresser :

- ▶ aux périmètres d'intervention, qui doivent être revus pour passer d'un système de cloisonnement à un système de partage ;
- ▶ à la place des professionnels de santé dans le parcours de soins, qui doit être optimisée pour répondre au mieux aux besoins des patients.

...

Au-delà de la question juridique et formelle, la constitution des IPA en profession, interroge en réalité surtout leur positionnement par rapport aux infirmiers et aux médecins à double titre :

- ▶ par rapport aux catégories juridiques du Code de la santé publique (celles-ci apparaissant de plus en plus désuètes au regard des qualifications actuelles des professionnels) ;
- ▶ et dans le parcours de soins (question de l'accès direct en premier recours).

...

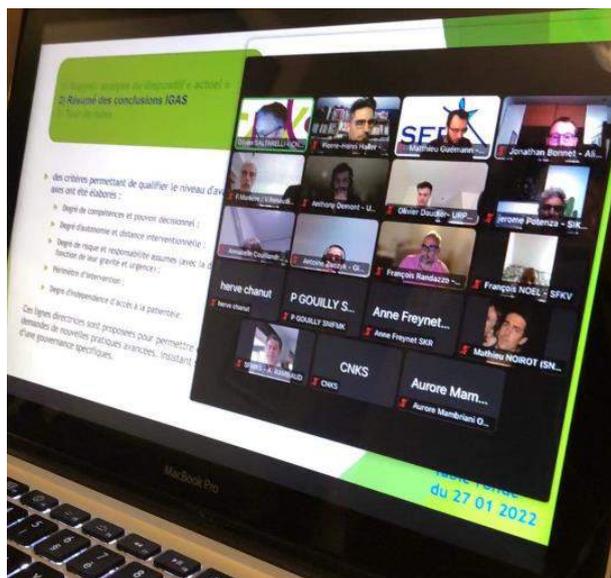
La mission considère qu'une réflexion est incontournable sur la refonte de la structuration des professions de santé dans le Code de la santé publique, dans le contexte de l'essor des coopérations interprofessionnelles et de la montée en compétences des professionnels paramédicaux. ».

MK en PA : la réflexion se poursuit

A l'initiative et l'invitation conjointe du CNKS et de la SFP (Société Française de Physiothérapie) une visio-conférence s'est tenue le 27 janvier 2022 de 20 h 30 à 22 h 45. Faisant suite aux dispositions législatives et réglementaires proposées par les Lois de 2016 et 2019, aux réflexions du Groupe de Travail (2019 – 2020) initié par la FFMKR composé de représentants (ALIZE, CNOMK, CNKS, FFMKR, SNMKR, SNIFMK) cette nouvelle réunion **s'inscrivait en rapport** aux premières réflexions, enquête et ronde DELPHI mises en œuvre par le CNKS et à la publication du rapport de l'IGAS.

Cette réunion avait **pour objectif de**

- ▶ faire le point des réflexions, propositions et actions des différentes organisations professionnelles sur le sujet
- ▶ d'être le point de départ d'un nouveau groupe de travail (GT) intra-professionnel avec les organisations qui souhaitent voir aboutir la mise en œuvre du **MK en PA**



C'est dans une ambiance conviviale et studieuse que les représentants d'une 10aine d'organisations professionnelles (associatives et syndicales) ont pu (re)faire le point sur :

- un rappel et l'analyse du dispositif « actuellement en vigueur »
- un résumé des conclusions IGAS.

Un tour de table a ensuite permis à chaque organisation d'exprimer sa connaissance du sujet, l'avancée de réflexions, les réserves et inquiétudes, et les besoins et attentes ainsi que les éventuels travaux de réflexions ou actions mis en œuvre ainsi que l'intérêt de principe - à confirmer prochainement - de participer à ce nouveau Groupe de Travail.

Pour leur part le CNKS et la SFP ont rappelé à la fin de la présentation commune :

1) qu'un MK en PA pourrait

- un « nouveau professionnel » de santé post DE initial (c'est-à-dire issu du MK dans le cas qui nous intéresse)
- justifiant de plusieurs années d'expérience professionnelle après le DE
- ayant bénéficié d'une formation, spécifique au « domaine » retenu, sanctionnée par un diplôme universitaire
- exerçant avec complément de réglementation spécifique missions, fonctions et actes.
- un nouvel acteur de santé publique (besoin du territoire où de la structure),
- avec des compétences (actes et/ou missions) médicales déléguées spécifiques,
- exerçant sur un poste bien spécifique autour de la clinique,
- représenterait une infime partie de la profession (< 1% des inf en 2026 seront IPA / objectifs initiaux affichés par la DHOS : maximum 5% d'une profession),

2) qu'il est important de ne pas confondre le MK en PA avec :

- ▶ **accès Direct** (autorisation d'exercer l'art sans prescription médicale) = dispositif de « prise en charge » (sans nécessité d'un niveau ++ de DE) vise la « non-prescription préalable », parcours facilité et prise en **charge financière**
- ▶ **1^{er} recours** = vise le type de structure (libérale en cabinet, en CPTS ... ou Etablissements de santé) qui intervient dans le parcours patient
- ▶ **1^{ère} intention** = 1^{er} traitement/action/proposé (diagnostic, médicament, geste technique)

Pierre Henri Haller, Président CNKS
Matthieu Guemann, Président SFP

MK en PA ? pistes de fonctions et missions à faire émerger & explorer

A titre d'exemple, tout comme d'autres idées (MK en PA de type Coordonnateur de Réadaptation, ou MKPA en Neuro chir ou MKPa en neuro pour Toxine, interprétation AQM...) une autre idée en lien avec une problématique réelle est suggérée en marge de la réunion par notre collègue CDS MK à l'APHP, membre du CA du CNKS...à étudier !

« Le MKPA est un autre métier !

Il ne faut pas confondre l'expertise avec la pratique avancée. L'expertise, fruit de l'expérience et d'un exercice orienté exclusif s'inscrit dans une « spécialité » (les protocoles de coopération sont là pour y répondre) alors que la PA est en transversalité. Il faut partir du terrain pour construire le référentiel fiche métier puis ensuite le référentiel de formation nécessaire. Les ARS seront sensibles à la plus-value apportée au parcours patient pour le fluidifier et surtout le rendre moins couteux (enjeu médico-économique).

*Mon idée serait que le MKPA en milieu hospitalier soit à la tête d'une **cellule « d'accélération des sorties »**, en équipe mobile sur les services voire établissements comprenant 1 MKPA, 1 représentant de la cellule gestion des lits, 1 cadre des services sociaux, 1 représentant HAD et 1 du Prado.*

Un nouveau métier
à promouvoir et à définir ...

Mission :

- constituer un réseau de référent médicaux au sein de chaque service. Chaque service nomme un référent médical.
- analyser les situations des patients médicalement sortants recensés par le référent du service
- contacter le référent du service pour aider à mobiliser les différents dispositifs de sortie (Prado, HAD, etc...)
- rester à disposition tout au long de la semaine pour des situations particulières

Le MK en PA avec sa compétence du métier de base pourrait avoir une connaissance aigüe de la gestion du handicap, des déficiences, des aides à mettre en place.

Il devrait également :

- posséder une bonne connaissance médicale des pathologies et du suivi médical à mettre en place ;
- être formé à la stratégie médico-économique des établissements, aux enjeux du partage de soins et des intérêts de chaque structure sur le département ;
- la connaissance des services sociaux et autres services publics. »

**ADHERENTS : participer aux réflexions ...
JEUDI 17 MARS : STKS en visio-conférence**

La formation initiale L'ESSENTIEL

Le rapport d'étonnement en stage : un outil de stratégie pédagogique ?

Démarrer de nouvelles études implique pour l'étudiant d'avoir des représentations préconçues sur sa future profession. D'ailleurs celles-ci ont souvent influencé la détermination de son choix d'orientation vers son futur métier de professionnel de santé.

Depuis la réforme du référentiel des études de masso-kinésithérapie de 2015, il est demandé chaque année aux étudiants de 1^{ère} année de réaliser un rapport d'étonnement à l'issue de leur stage N°2 de fin d'année d'une durée de 4 semaines.

Les formateurs ont dès lors à leur disposition un outil pédagogique intéressant à exploiter pour mieux connaître le degré d'implication des étudiants de première année en leurs études de masso-kinésithérapie.

Ce rapport d'étonnement est un document rédigé par un étudiant nouveau dans la filière paramédicale choisie pour ses études. Dans celui-ci, il exprime ce qui l'étonne en pratiques de stage par rapport à ce qu'il a appris pendant sa première année de formation en IFMK.

Les consignes peuvent être particulières à l'institut de formation auxquels ils appartiennent. A l'IFMK de Toulouse, nous proposons aux étudiants de bâtir leur rapport au choix autour de l'une des 3 thématiques suivantes :

- relater un bilan ou une technique de traitement kinésithérapique vu(e) lors de l'immersion en stage clinique et le(a) comparer avec le TP qui s'y réfère réalisé à l'IFMK ;
- relater la compréhension de la réalisation d'un test spécifique observé en stage et le comparer à celui déjà expérimenté en TP ;
- relater un étonnement en lien avec la communication ou un aspect relationnel observé et mis en place avec les patients suivis en stage à relier avec les cours de communication, sur la relation thérapeutique, de psychologie, d'éthique et autres de la première année.

Ce rapport d'étonnement comprend : une introduction présentant le lieu du stage clinique en respectant l'anonymat, un développement sur la thématique retenue et une conclusion abordant les divers apports du stage sur le plan personnel mais aussi sur celui de l'étape de la professionnalisation.

Dans celui-ci, il exprime ce qui l'étonne en pratiques de stage par rapport à ce qu'il a appris pendant sa première année de formation en IFMK.

Les illustrations sont laissées libres : iconographie, article de référence, illustration, extrait d'une recommandation etc...

Sa restitution est demandée sous la forme de 2 pages en plus de la page de garde concernant le titre et les coordonnées de l'étudiant pour mettre en valeur l'esprit de concision de l'étudiant.

Les consignes de rédaction intègrent les dernières recommandations en vigueur des normes APA.

Pourquoi réaliser un rapport d'étonnement du stage ?

Puis c'est l'inciter à trouver des éléments d'analyse personnels sur un fonctionnement nouveau et une application de théories et de pratiques auprès de typologies de patients variés peu encore abordées en première année d'études.

Demander à l'étudiant un retour sur le vécu de situations nouvelles de soins, c'est le faire tout d'abord partager ses remarques sur les différences observées entre les acquis des multiples théories et pratiques des actes de kinésithérapie apprises en IFMK.

Puis c'est l'inciter à trouver des éléments d'analyse personnels sur un fonctionnement nouveau et une application de théories et de pratiques auprès de typologies de patients variés peu encore abordées en première année d'études.

Mais se pose alors à l'étudiant la question du choix : que relater parmi la multitude des observations en stage ? Comme Sherlock Holmes, il mène son enquête et choisi pour être objectif de rapporter ce qui, pour lui, a montré le plus grand écart avec ses acquis de la première année.

Ce questionnement sur la situation vécue suscite aussi de l'émotion et mettre par écrit ce vécu aide l'étudiant à se structurer. Les questions qu'il s'est posé l'amèneront à rechercher des solutions soit en interpellant son tuteur de stage soit au retour avec ses formateurs. Selon Schön, (1983), le professionnel réflexif est celui qui sait dialoguer avec les situations de sa pratique.

Le formateur a ainsi à sa disposition un outil pédagogique à exploiter sur la réflexivité des étudiants. Il peut suivre dès lors l'évolution du processus cognitif de l'étudiant pour mettre en place les prémices du raisonnement clinique indispensable à l'établissement du diagnostic kinésithérapique.

Le challenge est assez complexe pour l'étudiant car au final c'est une observation critique en utilisant la métacognition qui lui est demandée pour apprécier sa capacité d'analyse et de recul sur ses apprentissages. Par un regard systémique posé sur sa formation clinique, des liens de compréhension et surtout d'assimilation des connaissances se mettent en place sans la contrainte d'une évaluation.

Par un regard systémique posé sur sa formation clinique, des liens de compréhension et surtout d'assimilation des connaissances se mettent en place sans la contrainte d'une évaluation.

Conclusion :

L'étudiant accorde souvent peu d'importance à ce rapport de stage car il n'entrevoit pas toute son utilité. Le retour du formateur est essentiel pour favoriser sa réflexivité et l'amener à se questionner sans cesse sur ses pratiques.

Devenir objectif, c'est aussi être acteur de son parcours d'apprentissage.

Se poser les bonnes questions, émettre des hypothèses, entrevoir des solutions et proposer une démarche de soins est un premier niveau de maîtrise de l'apprentissage de sa posture professionnelle.

Le formateur n'est-il pas aussi parfois lui-même étonné de la justesse d'analyse du regard critique posé par l'étudiant ?

C'est peut-être aussi une forme de cheminement du formateur de sa position interrelationnelle dans le compagnonnage réflexif (Charlier et Biémar, 2012).

La réflexion partagée invite aussi le formateur à construire personnellement ses savoirs d'expérience (Altet, 2000).

Marie-Claire Sintès
CDS MK
Formatrice IFMK



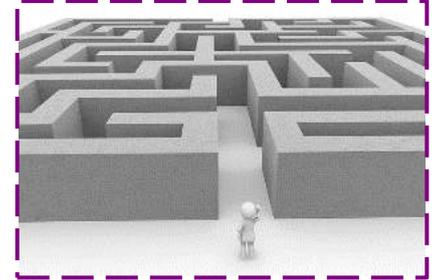
Références bibliographiques :

- Altet, M. (2000). Les dispositifs d'analyse des pratiques pédagogiques en formation d'enseignants: une démarche d'articulation pratique-théorie-pratique. In C. Blanchard-Laville et D. Fablet (coord.), *L'analyse des pratiques professionnelles* (p. 15-34). Paris: L'Harmattan.
- Charlier, E. et Biémar, S. (2012). *Accompagner un agir professionnel en construction*. Bruxelles: De Boeck.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique*. Paris: L'Harmattan.
- Tardif, M. Borges, C. et Malo, A. (2012). *Le virage réflexif en éducation*. Bruxelles: De Boeck.
- Schön, D.A. (1983). *The Reflexive Practitioner*. New York: Basic Books.
- Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Les Éditions Logiques.

En parfaite résonance avec les réflexions et propositions du GT ACCES du CNKS cet article met en exergue cet «accompagnement personnalisé» qu'exige selon le CNKS la préparation à la vie professionnelle. On aimerait qu'une petite place d'étonnement soit aussi faite et préconisée sur la représentation initiale de l'étudiant et le réel perçu de l'activité, le mode d'exercice, le métier ... au-delà de la mesure d'écart entre la théorie et les pratiques professionnelles.

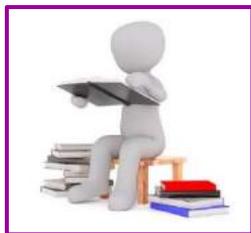
Une façon supplémentaire de faire converger équipes pédagogiques d'instituts et équipes de tuteurs d'établissements. KINESCOPE sollicitera d'autres retours d'expériences à propos de ce rapport d'étonnement.

Les Maux des Mots L'ESSENTIEL



Les discours et écrits, des politiques, de la presse, des professionnels ... foisonnent de mots et de locutions dont l'emploi est pour le moins interrogant et parfois aléatoire, voire hasardeux ; au rang de ces mots et locutions « accès direct, première intention, premier recours, pratique(s) avancée(s) ou encore autonomie - indépendance, fonction - mission » ... il en a été ainsi par exemple durant des années « du décret de compétences » versus « décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession de ... » mais aussi de la confusion entre métier et profession.

Le **CNKS**, via **KINESCOPE**, fidèle à son plaidoyer pour un juste langage s'efforce dans une approche didactique d'alerter sur l'utilisation aléatoire, raccourcie, elliptique, de mots, d'expressions, de concepts qui colportés à tort, en font des « vérités fausses » qui deviennent légendes, contre-sens, non-sens, faux-sens ?



A quoi ou à qui ces termes se rapportent-ils ?
Quelles origines lexicologiques, sémantiques ?
Quelles références juridiques, légales, réglementaires ?
Quelles conséquences et représentations leurs emplois en confusion l'un pour l'autre induisent-ils ?

Sans prétendre traiter systématiquement et exhaustivement de toutes ces dimensions la rubrique « **L'ESSENTIEL**, *les maux des mots* » se propose de générer et inciter la réflexion de tout un chacun sur le sens des mots et de leurs contextualisations par le regard posé et exprimé de plusieurs auteurs issus de la profession.

Dans **KINESCOPE17**, à paraître début Mars 2022, ce sera au tour de deux termes qui n'en finissent pas d'interroger et d'être utilisés l'un pour l'autre ... à défaut d'être distingués ... par stratégie voire idéologie : « Métier ou Profession ».

Dans ce **KINESCOPE16** c'est donc au tour des expressions « **Prise en charge** » et « **Prise en soins** ».

En préambule j'ai souhaité que nous reproduisons quelques extraits d'un article de type tribune libre écrit par Yves Cottret, déjà été publié en janvier 2000 en guise d'éditorial dans le BIIP (Bulletin d'information de l'UIPARM) et dans la revue « Professions & Plateaux Techniques » ainsi que plus récemment au sein du site Manager Santé. 20 ans plus tard le sujet dont il traite demeure aussi prégnant et s'inscrit tout naturellement comme un élément socle, fondamental, et de réflexion de cette nouvelle rubrique qui porte le nom du titre de son article.

Pierre Henri Haller
Président

En préambule son auteur nous indique

« ... comme étudiant puis comme professionnel dans le monde de la santé, j'ai été frappé, gêné, interpellé par le jargon médico-scientifique (jargon que l'on retrouve certes dans tous les domaines : solives, bastins se distinguent aisément pour des spécialistes et/mais restent des poutres pour Monsieur ou Madame tout le monde), mais plus encore par les divers jargons – quasi dialectes – que chacune des professions de santé semblait s'échiner à développer, préserver, à des fins inavouées, mais qui conduisaient inéluctablement à l'impression de (re)vivre la tour de Babel ... ».

Et de poursuivre

« ...au-delà du jargonage médico-scientifico-technique, l'étonnante polysémie des mots de la langue française conduit à bien des vicissitudes, à nombre d'incompréhensions. « Traduttore, traditore » : le traducteur est un traître ! Il en va ainsi de nombres d'expressions et de mots employés à tort et à travers, les uns pour les autres ; devenus cependant quasi familiers du langage courant la remise en question de leur emploi – mal à propos – paraît souvent tout aussi déplacée...Et pourtant... les maux des mots cela existe. Et si nous posions sur la table ces mots ? Afin de les croiser et les décroiser dans cette jungle sémantique quotidienne où « voir ne signifie pas regarder » et où « écouter ne permet pas toujours d'entendre ».

Puis de nous inviter à explorer un exemple.

« Prenons par exemple l'expression « prise en charge globale » (PECG).*

De quoi parle-t-on ?... Comme le refrain d'un tube indémodable, cette PEGC fleurit sur toutes les lèvres des personnels de l'hôpital, tous grades et toutes catégories confondus. Enfin une bonne nouvelle, ils et elles - les professionnel-le-s - partagent tous la même chose : cette fameuse... prise en charge globale ! Las ! Que nenni ma foi !

Cet objet de convoitise, que tous revendiquent en s'en faisant les seuls détenteurs, n'est pas le même selon les interlocuteurs ! Est-ce possible ? Une autre acception, différente de la mienne, oserait exister ? On m'aurait menti à l'insu de mon plein gré s'écrient alors (en chœur) tous les protagonistes et autres spécialistes, auto-proclamés exclusifs, de la PEGC ?

De fait il existe un réel quiproquo entre les uns qui y voient la globalité des différentes prises en charges et les autres qui y voient la globalité de l'individu lors d'une prise en charge ! Le méta-modèle de Communic'Action est un outil précieux pour tenter de comprendre ce leurre et ce qui s'apparente à son sosie à s'y méprendre. Ainsi qu'il s'agisse d'une catégorie de personnes (enfant, adulte, personne âgée), d'une discipline, d'un processus, d'une pratique, tel par exemple la qualité, ou de tout autre thématique, se pose à chaque fois la question des modalités de la prise en charge c'est-à-dire le comment et pas toujours mais parfois la finalité c'est-à-dire le pour quoi en deux mots. Et je, tu, il, nous, chacun au sein d l'hôpital agit – ou prétend agir – aujourd'hui au nom de la prise en charge globale. Mais je, tu il, et nous disent-ils la même chose ?

Les discours des professionnels et de leurs représentants s'efforcent d'affirmer que l'action de la profession ou de la catégorie considérée s'inscrit, participe, voire procède de ce généreux concept. Et qui plus est c'est bien d'une prise en charge GLOBALE du patient qu'il est question. Plus que généreux voici un modèle qui devient efficace !

Et qu'en est-il de l'approche polysémique de la multiprofessionnalité ? Tout le monde s'y réfère ; il doit donc s'agir de la même chose se dit-on dans un saisissant raccourci. Mais alors quel est donc au sein de cette idylle qualifiée, là aussi à tort et à travers, de pluriprofessionnelle, de transdisciplinaire, polycatégorielle, et polyculturelle – ce discours récurrent sur le cloisonnement, l'absence de communication à l'hôpital ? Paradoxe évident entre l'idylle supposée et le divorce communicant. Mais le plus étonnant c'est que ce paradoxe ne semble déranger personne puisque ce sont grosso modo les mêmes qui tiennent avec aplomb, détermination et même une certaine sincérité, les deux discours ! Il y a pourtant là, pour le moins, dissonance et absence de concordance entre la recherche de pertinence individuelle et la recherche de cohérence collective pour le patient. Un patient qui remarque néanmoins – sans trop pouvoir, savoir ou oser le dire – bien trop souvent l'absence de coordination des activités, de coopération des acteurs. Certes ce patient (lui aussi sur toutes les lèvres l'objet d'une attention – discursive – sans égal) est de fait le centre d'intérêt :

** de tous les électrons qui gravitent autour de lui ...mais communiquent selon le modèle de communication atomique dans lequel il faut une énorme énergie pour passer d'un cercle (d'initiés) à l'autre ; et le patient de bien vite se rendre compte que ça ne communique pas entre eux !*

** de toutes les stars qui brillent dans son espace... mais communiquent selon le modèle de communication étoile dans lequel le patient – devient le transmetteur actif et captif d'informations : vous direz à ... ; et le patient un instant flatté d'être acteur de se rendre compte là aussi ou à tout le moins de s'interroger sur le fait que ça ne communique pas entre eux qu'il me faille faire le relais ?*

Juxtaposition, segmentation sont en fait les modèles d'action qui président encore – trop souvent – à la prise en charge ... qui n'est donc certainement pas globale ni coordonnée ... du point de vue du patient s'entend. N'est-ce pas à partir du patient – qu'il faut se préoccuper de la globalité et de la coordination des actes et activités de sa prise en charge ? N'est-ce pas à partir du patient qu'il faut organiser, tous égos en poche – une communication et une action selon le modèle de communication résiliaire, en réseau, où tout le monde communique avec tout le monde sans exclure le patient.

Mais ce modèle est complexe : il nécessite d'une part un haut niveau de conscientisation et d'acceptation de l'altérité et d'autre part une représentation claire de la sociologie des organisations et des modèles d'actions et de communication.

Excusez-moi l'illustration triviale de cette complexité qui j'espère éveillera votre appétit pour le sujet : si pour découper un rosbif, supposé de structure homogène, il suffit d'une planche et d'un couteau ; par contre pour découper un oeuf, un poisson ou un poulet, de fait de structure hétérogène, il faut non seulement la dite planche et le dit couteau mais il faut aussi maîtriser le modèle d'articulation et d'interaction entre les différents éléments simples les composant.

Alors cette PEGC ne serait-elle qu'incantation ou palilalie* ? Ou bien le regard que chacun veut y porter serait-il entaché d'une erreur de parallaxe par manque de recul sur ses propres pratiques et par absence de re-connaissance des pratiques des autres ?

Cette re-con-naissance nécessite une démarche volontaire de con-naissance et de con-frontation dans la co-ordination des activités, dans la co-opération des acteurs, dénuée de toute recherche et de toute volonté de pouvoir hégémonique.

La guerre des territoires, champs, compétences d'interventions des «Zuns» et des «Zautres» n'en finit pas et se rallume régulièrement... encore tout récemment à propos de la pratiques avancée.

Le langage commun et les culture(s) partagée(s) devraient être l'alpha et l'oméga de l'interprofessionnalité ;

une interprofessionnalité nécessaire et indispensable tant aux bénéficiaires qu'aux dispensateurs bien en deçà et au-delà du pluridisciplinaire qui ne concerne que les multiples savoirs juxtaposés et non communicants ;

une interprofessionnalité dont j'observe avec satisfaction et soulagement, l'ayant appelée de mes vœux depuis la fin des années 70, qu'elle est enfin présente à tout le moins dans les discours et les intentions notamment des plus jeunes générations ;

une interprofessionnalité qui aura d'autant plus de chance de devenir une réalité que les révolutions en cours telles l'intelligence artificielle (IA), l'empowerment patient, amèneront les professionnels, d'une part à une démarche de décentration et, d'autre part, à changer le généreux, mais étouffant paradigme du «patient au cœur» pour un paradigme plus interactif des «professionnels aux cotés».

Souhaitons que, par et pour l'interprofessionnalité, chacun s'autorise dans l'altérité – dissemblance & ressemblance – à rencontrer chacun et tous et ainsi à construire avec les «zuns» comme avec les «zotres» des ponts qui feront passer nos établissements – et l'ensemble des dispositifs de santé – de «châteaux forts» à des «cloisons mobiles».

Version telle que reproduite et parue dans

<https://managersante.com/2019/02/11/vous-avez-dit-les-maux-des-mots-par-yves-cottret/>

Au-delà de cette approche qui augure d'un article sur l'interprofessionnalité, à venir dans un prochain KINESCOPE, qu'en est-il du débat « Prise en Charge » / « Prise en Soins » ? Samir Boudrahem, [Cadre de santé Kinésithérapeute, Master 2 en sciences de l'éducation, PhD en sciences du mouvement & PhD en sociologie, Enseignant et responsable du dispositif de recherche IFMK ISTR UCBL1 Chercheur associé au CMH à l'ENS Paris Membre du programme expairs] nous livre ses réflexions et éclairages.



Prise en charge, prise en soin, accompagnement : quel vocable pour notre profession ?

Lorsque l'on analyse l'expression « prise en charge », deux idées émergent, celle de l'action de « prendre » d'une personne physique ou morale et celle de « charge » qui renvoie au poids, à l'inertie et à l'incapacité intrinsèque d'agir par soi et pour soi-même.

Cette expression de « prise en charge » convenait semble-t-il quand la relation thérapeutique était clairement asymétrique entre les deux protagonistes, le patient d'un côté et l'institution de santé ou ses représentants notamment les médecins, soignants et rééducateurs.

Lorsqu'un malade sollicite une attention médicale et ou paramédicale, il devient de facto un patient. Le passage du statut de malade à celui de patient installait, et installe encore parfois, la personne concernée dans un statut de passivité.

Le rôle de chacun était connu et admis de tous : le thérapeute soigne et le patient se soumet à l'autorité médicale et ou paramédicale. En effet, ce modèle consensuel décrit par Talcott Parsons (1902-1962) [1] traduit bien le type de relation de

subordination entre celui qui souffre et qui cherche à être soulagé - souvent réputé profane - et l'institution médicale représentée par les professionnels de santé détenteurs de certains savoirs.

Ce vocable de « prise en charge »... aurait l'intérêt de parler à tout le monde y compris aux managers, économistes de la santé ...

Ce vocable de « prise en charge » est celui couramment utilisé par les différents acteurs et institutions publiques en France. Il aurait l'intérêt de parler à tout le monde y compris aux managers, économistes de la santé ... ; ce qui n'est pas du tout anodin à l'heure où l'expression : « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût » prend tout son sens et où les choix notamment en matière de santé publique sont manifestement impactés par cette dimension budgétaire.

L'emploi de l'expression de prise en charge renvoie ainsi presque inéluctablement à réifier les personnes qui à moment de leur histoire de vie ont besoin de bénéficier d'une attention médicale et ou paramédicale [2]. Quand on parcourt certains documents institutionnels ou que l'on consulte des revues professionnelles ou encore des publications académiques, on

peut aisément s'apercevoir que parfois la personne humaine « disparaît » derrière ce qui fait d'elle quelqu'un qui cherche du soutien, du soin, de la part des professionnels de santé à savoir la maladie ou la situation de handicap. Ainsi il ne s'agirait non pas d'interagir avec une personne humaine mais nous dirons, de façon réductrice, avec seulement son problème de santé qu'il soit passager ou chronique et éventuellement ses conséquences.

A l'inverse l'étude du concept de « prise en soins » proposé par Walter Hesbeen [3] permet déjà d'abandonner l'idée pour le moins critiquable qui est de considérer la personne soignée comme une charge qu'il va falloir faire totalement supporter par les acteurs et institutions médicales et ou paramédicales. Et par là même de reconnaître les potentiels de chaque personne que nous aurions à soigner ou rééduquer.

A l'inverse l'étude du concept de « prise en soins » ... permet déjà d'abandonner l'idée pour le moins critiquable qui est de considérer la personne soignée comme une charge qu'il va falloir faire totalement supporter par les acteurs ...

En effet, il s'agit d'apporter des soins [4] à quelqu'un qui doit rester dans la mesure du possible l'acteur central de sa santé. Ce concept de « prise en soins » précise bien que les différents acteurs intervenants auprès d'une personne humaine prodiguent des soins afin de favoriser l'affirmation de ses potentiels intrinsèques.

A travers ce concept, ce sont les trois entités bio-psycho-sociales qui sont prises en compte chez la personne soignée et pas

seulement la sphère biologique. Ses ressentis, sa manière de vivre ce qui lui arrive ...mais aussi ses capacités de penser et d'agir avec ses milieux privé et professionnel sont recherchés analysés et intégrés dans la démarche diagnostique et rééducative.

Enfin, le concept d'« accompagnement » est apparu dans le secteur médico-social. Il était et est mobilisé pour mettre en exergue la dimension de guidance, de conseil de la personne ...

L'utilisation de ce concept de « prise en soins » s'inscrit dans un type de relation qui s'éloigne du modèle paternaliste et qui favorise une forme de partenariat entre les protagonistes soignant-soigné / rééducateur-rééduqué. Dans ce cadre, la personne prise en soins adopte souvent une posture active voire proactive encouragée en cela par les professionnels et les institutions sanitaires mais aussi médico-sociales.

Enfin, le concept d'« accompagnement » [6] est apparu dans le secteur médico-social. Il était et est mobilisé pour mettre en exergue la dimension de guidance, de conseil de la personne ayant besoin d'une aide dispensée par un tiers formé spécifiquement pour accomplir ces tâches ... comme les moniteurs et les éducateurs spécialisés.

Ce concept mériterait d'être convoqué au sein de notre profession notamment lorsqu'il s'agit de personnes rééduquées présentant des situations de handicap ou encore souffrant de maladies chroniques. Pour ces personnes, évoquer le concept d'« accompagnement rééducatif et ou réadaptatif » conviendrait parfaitement car l'objectif à atteindre serait de les autonomiser et de favoriser leur indépendance en les guidant, les conseillant etc..

Ce concept d'«accompagnement» est, me semble-t-il, davantage en phase avec un certain nombre de dispositifs, telle que l'éducation thérapeutique[7], imaginés et conçus pour acter et appuyer le fait que ce qui doit être central dans nos interventions masso-kinésithérapiques ce sont les capacités de la personne.

En guise de conclusion, chronologiquement nous sommes partis du concept de «prise en charge» pour peut-être, espérons-le, aboutir à identifier un concept mieux à même de désigner nos pratiques rééducatives et réadaptatives. En attendant, trois concepts sont mobilisés, celui de «prise en charge», celui de «prise en soins» et celui d'«accompagnement rééducatif et réadaptatif». Le premier a vu le jour chez tous les professionnels et chez les financeurs, le deuxième a d'abord vu le jour chez nos collègues infirmiers et le troisième dans le milieu médico-social.

Une des problématiques à laquelle nous devons répondre c'est probablement celle en lien et en harmonie avec l'intention - le pour quoi - de nos interventions et avec la définition de notre profession : actes, soins, missions ? ... l'un, l'autre, le troisième ou deux sur trois ou une subtile combinaison des trois ?

Une véritable recherche sur l'utilité sociale et médico-économique de nos modes d'exercices pourrait éclairer ce questionnement et étayer la réflexion itérative sur « profession – métier » qui traverse encore et toujours nombre d'activités notamment celles au service de la société et que nous envisageons d'aborder dans un prochain article dans KINESCOPE.

Samir Boudrahem



Références bibliographiques

- [1] T. Parsons, *The Social System*, New York, Free Press, 1951, p. 428-479.
- [2] Weber F., *Etre pris en charge sans dépossession de soi ?*, ALTER, Elsevier, Vol.6, 2012
- [3] Walter Hesbeen <https://doi.org/10.1016/B978-2-225-85565-8.X5000-X>
- [4] <https://www.cnrtl.fr/definition/soins>
- [5] Coulter A. *The autonomous patient: Ending paternalism in medical care*. London: The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services; 2002.
- [6] <https://www.cnrtl.fr/definition/accompagnement>
- [7] Tourette-Turgis C. *Savoirs de patients, savoirs de soignants : La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. Pratiques de formation : Analyses*. 2010;(58/59):135-51.
- [8] <https://www.cnrtl.fr/definition/acte>

RETEX.. & PART.. EXPERIENCES

RECHERCHE & KINESITHERAPIE SALARIEE



KINESCOPE 14 avait annoncé la poursuite de RETEX (RETours d'EXpériences) & PARTEX (PARTages d'EXpériences) de nos collègues salarié-e-s qui sont engagés dans des pratiques de Clinicien Chercheur. C'est au tour de Karim JAMAL, Kinésithérapeute, Enseignant Chercheur « en Clinique » (KECC), de nous partager son parcours et sa vision de l'émergence - et de la prégnance - de la recherche au sein de l'exercice salarié des kinésithérapeutes.

KINESCOPE : en quelques mots quel est votre parcours initial ?

Kinésithérapeute diplômé en 2008 de l'IFMK de Dijon, j'ai débuté ma carrière en Normandie en centre de rééducation à Granville au CRRRF Le Normandy. Dans mon parcours de clinicien, j'ai essentiellement travaillé en milieu salarial que ce soit en centre de rééducation ou à l'hôpital pour plusieurs raisons.

- Après l'obtention de mon diplôme, je souhaitais intégrer une équipe. Travailler en équipe pluridisciplinaire permet à chaque acteur de la santé (ergothérapeutes, infirmières kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes...) de collaborer dans une optique de vision globale du patient.

Travailler en équipe pluridisciplinaire permet à chaque acteur de la santé (...) de collaborer dans une optique de vision globale du patient.

- Ce travail en équipe pluridisciplinaire permet également des échanges, des stimulations au profit du patient.
- Un des autres avantages de travailler en milieu salarial est le stade précoce ou aigue de la pathologie ainsi que l'équipement disponible. En début de carrière, je voulais m'abstraire de l'administratif que l'on retrouve en milieu libéral.

Après Granville, j'ai poursuivi à Rennes au Pôle Saint-Helier. Très rapidement, j'ai eu une appétence pour la neurologie. Je me suis orienté dans la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

KINESCOPE : Comment avez-vous débuté de la recherche clinique ?

J'ai découvert la recherche et son fonctionnement avec mon premier projet de recherche en 2011 qui portait sur l'utilisation de la Wiifit, très en vogue à l'époque, sur l'équilibre des patients atteints d'un AVC.

En collaboration avec un médecin et une collègue kinésithérapeute, nous avons monté l'étude jusqu'à la publication dans une revue professionnelle.

A ce stade de ma carrière, je n'avais pas les compétences nécessaires mettre en place des projets de recherche. Mais, j'ai vu dans la recherche la possibilité de répondre à mes nombreuses questions issues de la clinique.

En parallèle de mon activité de clinicien, j'ai très tôt réalisé des interventions en formation initiale. Afin de développer mes compétences en recherche et en pédagogie et à ce stade de ma carrière, on m'a conseillé de me diriger vers un master.

En 2013 j'ai intégré le Master 1 puis le Master 2 en 2014 à l'Université Pierre et Marie Curie, Paris VI. J'ai réalisé mon stage de recherche dans le cadre du Master 2 sous l'encadrement du Pr Isabelle Bonan au sein de son service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) du CHU de Rennes. Le Pr Isabelle Bonan m'a proposé de travailler sur le sujet de la compréhension des mécanismes des troubles de l'équilibre des patients atteints d'un AVC et l'implication des troubles de la cognition spatiale. J'ai réalisé ce stage en parallèle d'une activité clinique au sein de son service de MPR avec le soutien de sa part et de l'ensemble de son équipe.

Durant cette thèse, en parallèle de mon travail de recherche, j'ai conservé un temps de clinicien au sein du service et de formateur au sein de l'IFPEK Rennes.

A la suite de ce stage de Master 2, nous avons discuté de poursuivre ce travail de recherche en thèse de Science. Il y avait la possibilité de poursuivre la recherche sur les mécanismes des troubles de l'équilibre en position debout des patients atteints d'un AVC et également de travailler sur une possible proposition en rééducation qui est l'utilisation des stimulations proprioceptives par vibration musculaire. Grâce à une bourse obtenue de l'Institut des Neurosciences Cliniques de Rennes (INCR), j'ai pu continuer à travailler sur ce sujet sous l'encadrement du Pr Isabelle Bonan et de Mr Armel Cretual (MCU, HDR) et soutenir ma thèse en Janvier 2020. Durant cette thèse, en parallèle de mon travail de recherche, j'ai conservé un temps de clinicien au sein du service et de formateur au sein de l'Institut de Formation en Pédicure-Podologie, Ergothérapie, Masso-Kinésithérapie (IFPEK) de Rennes.



A la suite de cette soutenance, je suis parti au Canada au sein de l'Institut en Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, un centre de réadaptation avec un laboratoire de recherche associé à l'Université de Montréal pour réaliser un stage postdoctoral sous la direction du Pr Cyril Duclos et du Dr Diana Zidarov.

A cette occasion, j'ai pu continuer de développer mes compétences et connaissances sur l'utilisation des vibrations musculaires ainsi que de développer un nouvel axe de recherche sur l'activité physique des patients atteints d'un AVC. Dans le cadre de ce projet, nous travaillions à augmenter le niveau d'activité des patients AVC à l'aide de station

d'activités implanté dans le service que les patients peuvent réaliser en autonomie. Lors de ce stage postdoctoral, j'ai pu aussi découvrir la recherche au Québec où les physiothérapeutes sont déjà intégrés à l'Université. Cette intégration facilite le cursus vers la recherche.

KINESCOPE : Quelle est aujourd'hui votre implication dans le domaine de la recherche clinique ?

Depuis Septembre 2021, je suis revenu en France à Rennes. J'ai intégré un poste de chercheur paramédical au sein du CHU de Rennes et un poste de formateur au sein de l'IFPEK. Mes semaines se composent d'un temps d'enseignement et un temps dédié au développement de la recherche paramédicale.

Dans mon temps d'enseignement, je suis co-responsable des Unités d'enseignement Ue8, Ue27 et Ue28, ce sont des unités d'enseignement en lien avec les méthodes de travail et de recherche en kinésithérapie ainsi que le mémoire d'initiation à la recherche.

Dans mon temps recherche, je poursuis mes différents travaux en collaboration avec l'équipe de Montréal et développe de nouveaux travaux de recherche sur le CHU de Rennes (évaluation de l'équilibre assis des patients AVC, étude des troubles de la locomotion des patients parkinsoniens...).

Une des autres missions dans mon temps recherche est le soutien aux équipes sur les différents projets en cours et le déploiement d'autres projets de recherche.

En effet, depuis septembre 2021, le CHU de Rennes dans un objectif de promotion à la recherche paramédicale (en soin infirmiers, de rééducation et médicotechnique) a mis en place la création d'une équipe d'appui dont je fais partie.

L'objectif de cette équipe paramédicale est de renforcer la performance et le rayonnement de la recherche paramédicale en interne du CHU de Rennes ainsi qu'en extérieur.



A cet effet, le CHU de Rennes a mis en place également une bourse de recherche interne à destination des professionnels paramédicaux.

KINESCOPE : Quels sont les objectifs selon vous de la recherche paramédicale ?

Depuis quelques années, on assiste à une émergence de la recherche paramédicale et notamment en kinésithérapie.

En Kinésithérapie cette émergence de la recherche est confortée et s'appuie sur :

- les Ue d'Initiation à la recherche (Ue 8,27,28) présentes en formation initiale depuis 2015 Les étudiants ont à présent un champ de compétences développé en recherche qui aboutit à une reconnaissance d'un grade Master à la fin de leurs études.
- par la création depuis 2019, d'une nouvelle section du Conseil National des Universités, la **section 91 « sciences de la rééducation et de la réadaptation »** section au sein de laquelle les kinésithérapeutes, entre autres professionnels, notamment disposant de doctorats, peuvent se faire qualifier et ainsi prétendre et/ou candidater à des postes universitaires.

KINESCOPE : Selon vous pour produire des données de recherche un kinésithérapeute doit-il être inclus dans, ou attaché à, une structure universitaire ou au contraire à une structure clinique, ou forcément les deux ?

Avec le soutien des pairs qui ont œuvrés pendant de nombreuses années pour cette émergence, le nombre de kinésithérapeutes avec des doctorats grandit d'année en année. Toutefois, à ce jour peu de postes universitaires ont été créés depuis la naissance de la section 91.

Si pour ma part, je ne pratique plus en tant que clinicien et que mon statut ne se compose plus que d'enseignement et de recherche, il est intéressant dans l'évolution de notre profession de développer différents statuts entre le clinicien et l'universitaire tel que le praticien chercheur ou clinicien chercheur.

Ces postes de « pont » participeront à promouvoir la profession sur le plan de la recherche. Notre profession est encore en évolution et de nouvelles pistes et statuts sont encore à imaginer.



Ces postes de « pont » participeront à promouvoir la profession sur le plan de la recherche. Notre profession est encore en évolution et de nouvelles pistes et statuts sont encore à imaginer.

L'Intelligence Artificielle L'ESSENTIEL

Ce sujet de l'IA préoccupe depuis 2019 notre Bureau National tant parce qu'il est un sujet d'actualité et prospectif que par le fait plusieurs fois avérés dans nos échanges avec les collègues qu'il ne semble pas être suffisamment anticipé dans les établissements par les dits collègues ou leurs hiérarchies. Crainte, méfiance, ... ?

Une STKS, deux sessions aux JNKS 2019 & JNKS 2020, un groupe de travail sont consacrés à ce sujet au sein des activités de l'association aux fins d'affiner la compréhension des enjeux et d'en permettre l'appropriation par les collègues salariés.

Des enjeux qui vont bien au-delà de la «simple mécanisation, puis robotisation voire domotisation» - qui pourraient être très globalement résumés à la mise en œuvre assistée, facilitée, d'une procédure mécanique – car ils touchent aujourd'hui et demain plus encore au fait que la « décision » d'enclencher, arrêter, infléchir, suspendre ... la mise en œuvre d'un processus serait « automatique et par-delà ou sans l'intervention humaine. Des enjeux qui par-delà ces aspects fondamentaux «technologiques» et de «décision» posent aussi en amont des questionnements de ressources humaines, de préparation et de formation au «vivre avec l'Intelligence Artificielle» ; vivre en tant qu'humain, que citoyen, que professionnel de santé ...avec les enjeux éthiques liés aux algorithmes de l'aide à la décision et de l'aide aux thérapeutiques.

Le Bureau du CNKS s'est saisi d'un Livre Blanc (*cf.p.28*) récemment publié et a confié au GT KINESITHERAPIE SALARIEE et IA (*) le soin d'analyser plus avant ce rapport et d'en tirer les éléments transposables ou transférables dont notre organisation pourrait ou devrait se saisir. KINESCOPE s'en fera prochainement l'écho.

(*) Sophie Trichot, Barbara Bonecka, Aurélien Auger

Le think tank « #leplusimportant » a édité en Janvier 2022 un livre blanc sur **l'impact de la transformation numérique des professions de santé** et l'utilité d'en faciliter dès à présent l'usage. A l'aune d'une étude sur 8 professions dites emblématiques, mais dont aucune de la famille de la Rééducation Réadaptation - 20 recommandations sont proposées par ce think tank qui visent à "Éclairer sur les enjeux de la transition numérique pour les professionnels de santé et proposer des pistes d'action pour mettre cette transition à leur service".

Vingt propositions articulées en 4 grands axes :

- « transformer le modèle de recrutement et de formation initiale des professionnels pour les préparer aux profondes mutations induites par les technologies en santé ;
- accélérer la transition à large échelle des compétences des professionnels en activité pour faciliter leur adoption et leur maîtrise des technologies ;
- placer les professionnels au centre de la transition numérique ;
- adapter le pilotage national des professions de santé aux mutations qu'elles vont connaître. ».

Le think tank indique que :

- les innovations technologiques seront à même de dégager un "potentiel de temps libérable à réinvestir considérable" (~ 45% en 2030 mais d'impact variable selon les professions précise-t-il).

- et qu' "a priori aucun des métiers considérés dans l'étude ne va disparaître en tant que tel ou être rendu caduc par les disruptions tech (IA, numérique, robotique)".

Pour permettre une réelle et suffisamment rapide adoption par les professionnels le think tank estime "indispensable de définir des politiques publiques permettant de faciliter, dès maintenant, l'adoption des innovations technologiques par les professionnels de santé dans des conditions satisfaisantes et valorisantes pour eux".

Par ailleurs, corollairement au ressenti du CNKS exprimé en introduction, il préconise d'être particulièrement attentif aux professionnels de santé paramédicaux qui pourraient percevoir l'automatisation comme une dévalorisation et indique qu'il est important d'"ouvrir vers le haut" le champ de leur activités et de favoriser leur montée en compétences".



TELECHARGER LE LIVRE BLANC :

[Livre Blanc EGTI TechSantéRH 20 propositions - 12janv2022.docx \(leplusimportant.org\)](#)

Vous êtes intéressé(e) par ce sujet ?

vous êtes adhérent(e) membre correspondant et vous souhaitez pouvoir vous joindre, participer (par visio-conférence) au Groupe de Travail ? c'est possible sur simple demande par mail à contact.cnks@gmail.com

La vie de l'asso° L'ESSENTIEL

ENQUETES 2022

entre le 1^{er} FEVRIER et le 15 AVRIL
plusieurs enquêtes seront diffusées

on compte sur vous

pour y participer & pour les relayer

au sein des hôpitaux, des SSR, et des EMS

afin que les résultats, et les propositions
qui pourront en découler traduisent bien

les avis, les envies et les attentes
du plus grand nombre de MKs Salariés

Ensemble réalisons les chantiers et travaux utiles et
indispensables à la kinésithérapie salariée



L'ESSENTIEL

Apocalypse cognitive

Gérald Bronner

PUF, Janvier 2021,

« Nous vivons une époque formidable ! Mais... pourquoi les gens intelligents croient-ils à des idées folles ? Comment le numérique retire le voile de notre cognitif caché ? »

Ainsi débute l'« Apocalypse cognitive », essai de Gérald Bronner, sociologue et spécialiste des biais cognitifs et des croyances. Ici l'apocalypse est prise au sens étymologique du terme, c'est à dire l'action de révéler, de découvrir et de dévoiler.

Gérald Bronner décrit la révolution numérique comme un grand progrès humain nous permettant un accès privilégié à la connaissance. Avec quelques clics, Homo Sapiens contemporain accède aux savoirs et économise du temps de pensée réflexive, grâce aux progrès techniques et l'intelligence artificielle.

Mais ce nouveau temps est caractérisé par un déferlement d'informations qui génèrent en nous des intuitions erronées. 90 % des informations disponibles dans le monde ont été rédigé dans les deux dernières années dans une cacophonie informationnelle qui trouble notre attention.



Internet et les réseaux sociaux - outils formidables aux usages forts minables - parfois contribuent à offrir à l'utilisateur, non pas une expérience d'objectivité mais un « marché cognitif ». Ce marché cherche à capter et maintenir notre attention non pas avec la recherche de la vérité mais avec la recherche du plaisir.

Qui n'a pas passé de longues minutes à « scroller* » sur sa « Time Line** » ? Quel algorithme nous garde ainsi captivé par l'écran ?

En référant à de nombreux travaux scientifiques des sciences humaines et sociales et des neurosciences, l'auteur nous invite à cultiver le discernement face à l'augmentation exponentielle de l'information qui pourrait nous enfermer.

Gérald Bronner observe que les débats ne sont plus gouvernés par le scientifique et le discernement mais par l'ignorance, les mythes et les clivages générés par ces algorithmes numériques.

Les « clashes » numériques sur la santé publique, sur les thèses complotistes, sur les pratiques professionnelles fleurissent sur les réseaux sociaux à grand renfort de hashtag***.

Les opinions s'affrontent et s'opposent radicalement car elles deviennent « insulaires » : L'homme des écrans ne serait plus en mesure de construire des ponts entre les idées – îles. Il est plus facile de supprimer ou de « troller**** » des interlocuteurs qui ne « likent***** » pas que de débattre.

Il nous est difficile de nous extraire de la fascination et du plaisir que procurent les écrans. La notion de dissonance cognitive explique cette appétence rassurante à rechercher uniquement l'information qui confirme nos opinions et croyances et la difficulté d'être confrontés à la contradiction.

L'auteur nous invite à « domestiquer l'empire de ses intuitions étonnées » par une éducation à la pensée critique. Une recommandation d'une actualité troublante et confrontante.

Pierre-Henri Haller

* **scroller**, anglicisme du verbe *to scroll* : faire défiler un contenu numérique sur un téléphone ou une tablette

** **TimeLine**, (abréviation TL) anglicisme, littéralement ligne temporelle : publications continues et infinies des réseaux sociaux au fil du temps

*** **hashtag**, anglicisme, littéralement mot dièse : symbole dièse (#) suivi d'un mot clé permettant un référencement et parfois utilisé comme un slogan

**** **troller**, verbe issu de troll argot internet : polluer intentionnellement des forums ou des réseaux sociaux par des commentaires provocateurs

***** **liker**, anglicisme du verbe *to like*, aimer : action d'apprécier numérique un contenu, par exemple avec un émoticône pouce levé ou cœur



EXTRAITS

« La situation est inédite. Jamais, dans l'histoire de l'humanité, nous n'avons disposé d'autant d'informations et jamais nous n'avons eu autant de temps libre pour y puiser loisir et connaissance du monde. Nos prédécesseurs en avaient rêvé : la science et la technologie libéreraient l'humanité. Mais ce rêve risque désormais de tourner au cauchemar. Le déferlement d'informations a entraîné une concurrence généralisée de toutes les idées, une dérégulation du « marché cognitif » qui a une fâcheuse conséquence : capter, souvent pour le pire, le précieux trésor de notre attention. Nos esprits subissent l'envoûtement des écrans et s'abandonnent aux mille visages de la déraison. »

Victime d'un pillage en règle, notre esprit est au cœur d'un enjeu dont dépend notre avenir. Ce contexte inquiétant dévoile certaines des aspirations profondes de l'humanité. L'heure de la confrontation avec notre propre nature aurait-elle sonné ? De la façon dont nous réagirons dépendront les possibilités d'échapper à ce qu'il faut bien appeler une menace civilisationnelle. »

(...)

Nous avons tous participé un jour ou l'autre à un cocktail, pour célébrer un anniversaire, le départ en retraite d'un collègue ou simplement à l'occasion d'un mariage. Même lorsque l'acoustique du lieu est bonne, ces réunions produisent un brouhaha permanent. Pourtant – et c'est une caractéristique du cerveau humain que les machines ne savent pas encore imiter –, nous sommes capables d'avoir une conversation intelligible car malgré ce brouhaha, nous parvenons à sélectionner et comprendre les paroles de notre interlocuteur. Notre cerveau distingue naturellement le bon grain de l'ivraie.

Ce faisant, nous avons l'impression que nous sommes entièrement absorbés par nos échanges. Pourtant, à quelques mètres de là, une personne que nous ne connaissons pas prononce notre prénom et voilà que sa voix surgit clairement du brouhaha. Quelque chose dans notre cerveau nous a averti qu'une information dans cet amas confus de phonèmes méritait d'être traitée consciemment.

Cet effet, que l'on nomme l'effet cocktail, a été étudié pour la première fois en 1953 par Colin Cherry, un spécialiste de la cognition de l'Imperial College de Londres. Pour le tester expérimentalement, il imagine un dispositif où les sujets sont équipés d'un casque et reçoivent des messages différents dans chaque oreille. Comme Cherry le montre, ceux-ci sont capables à la demande de focaliser leur attention sur un seul de ces messages. Il leur semble alors qu'ils n'ont rien retenu, ni même entendu de l'autre message, mais en vérité ils sont capables, par exemple, de répondre à la question de savoir s'il était délivré par un homme ou une femme. Les travaux de Cherry ont inauguré un travail de recherche très fécond sur les phénomènes d'attention et sur notre capacité à utiliser des filtres informationnels.

Nous pouvons extraire volontairement une source d'un environnement bruyant et traiter préférentiellement les informations provenant de cette source. Le reste est considéré, consciemment au moins, comme du bruit. Pourtant, comme je viens de le suggérer, certains éléments vont transformer ce bruit en événement, c'est-à-dire en fait significatif, en deçà de notre volonté. En d'autres termes, ils vont s'imposer au traitement conscient de l'information sans que nous le décidions. Et ce n'est pas un fait anodin, car le traitement conscient d'une information ne se fait pas sans coût pour notre cerveau.

La plupart des informations que nous traitons le sont inconsciemment. Dans ce cas, seules quelques aires postérieures s'activent, mais dès lors que l'information s'impose à notre espace conscient, alors les zones corticales impliquées sont plus vastes. Le cortex fronto-pariétal cingulaire, en particulier, est convoqué dans le traitement conscient et cela ne se fait pas sans coût énergétique. (...)

<https://theconversation.com/bonnes-feuilles-apocalypse-cognitive-155247>

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 !*



Engagement & participation au CNKS

de chacune et chacun d'entre vous sont utiles, nécessaires
et indispensables à la reconnaissance et valorisation de notre métier.

**le temps du nouvel engagement
ou du renouvellement de l'engagement**

Devenez adhérent :

- soit membre abonné
- soit membre correspondant

**Adhésion 2022
Lien + [clic + ctrl]**

<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2022-3>

KALEIDOSCOPE Evènements

**A VOS
AGENDAS**

VISIO-CONFERENCES STKS

MK salariée & ...

STKS 5 *Jeudi 17 mars 2022 18 h 30*
.... MK en PRATIQUE AVANCEE

STKS 6 *Jeudi 09 juin 2022 18 h 30*
...READAPTATION
... & PROFESSIONS ALLIEES

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.

SOINS DE SUITE & DE READAPTATION VS SOINS MEDICAUX & DE READAPTATION

*Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions
d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation,*
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>

*Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques
de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation,*
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

*La
réforme
attendue ?
L'intention,
le geste
& la trace !*

L Réforme SSR L'ESSENTIEL

Le 11 Janvier 2022 sont parus au Journal Officiel 2 décrets (1) (2) réformant les services de Soins de Suite et de Réadaptation.

Ces publications font suites à de nombreuses réflexions engagées depuis plus de 5 ans.

Elles viennent transformer les décrets de 2008 (3) (4), qui définissaient, jusqu'alors, les services de Soins de Suite et de Réadaptation.

Cette réforme sera applicable à compter du **1^{er} juin 2023**.

Au travers de ce dossier KINESCOPE souhaite porter un regard critique sur cette dernière, en mesurer les effets positifs comme négatifs et ainsi projeter l'avenir. A cet effet, dans un souci de pluralité KINESCOPE a sollicité les points de vue de différents professionnels de ce secteur, professionnels médicaux et paramédicaux de rééducation, directeur d'établissements ... tous acteurs du SSR d'aujourd'hui ... vs SMR de demain.

Dans ce dossier de KINESCOPE, le CNKS vous propose de parcourir « **L'INTENTION, LE GESTE & LA TRACE** » d'une réforme qui n'est pas forcément suffisamment aboutie pour éviter les multiples questionnements qui déjà fusent des acteurs de terrain. L'année de transition permettra-t-elle d'y répondre ?

(1) Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>

(2) Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

(3) Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000018664432/>

(4) Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000018664450/>

En amont de cette publication, lors des JNKS de septembre 2020, le Ministère de la Santé avait présenté les orientations suivantes



- Les réformes engagées pour le SSR sont au service des orientations stratégiques définies par les acteurs de la réadaptation en 2018

- L'objectif principal est d'améliorer la qualité de prise en charge et d'en assurer l'homogénéité sur l'ensemble du territoire. En effet, le secteur SSR est un champ d'activité à la répartition très hétérogène sur le territoire national, aussi bien sur le plan quantitatif (nombre de SSR par territoire) que qualitatif (répartition par spécialité)



- Parmi les différents outils de régulation de l'offre de soins, deux leviers font l'objet d'une réforme en SSR :
 - Réforme des autorisations
 - et réforme du financement
- Le droit des autorisations sanitaires n'est donc que l'un des outils de régulation de l'offre de soins. Ce régime détermine les normes dites « opposables ».

- Les réformes en cours sont donc au service des orientations stratégiques du secteur et servent chacune des objectifs précis (parfois le même, parfois des objectifs différents)
- - En parallèle de la réforme du financement, des travaux d'évolution de la classification ont été lancés afin de mieux décrire les séjours, les profils des patients et la réalité de la prise en charge

- Très concrètement : la réforme des autorisations mettra à jour les textes définissant les obligations (compétences et équipements) à remplir pour être autorisés à l'activité de SSR afin de
 - proposer des règles relatives à la prise en charge et au parcours des patients (prise en compte de l'amont et de l'aval)
 - Renforcer les compétences nécessaires à une prise en charge de qualité
 - Promouvoir une approche territoriale de l'offre, garantissant aux patients l'accès à une offre adaptée à leurs besoins

Les décrets

« Art. R. 6123-118.

– L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. « Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient. »

« Art. R. 6123-119.

– I. – Les actes à visée diagnostique mentionnés dans la présente section comprennent notamment les bilans fonctionnels préalables à la mise en œuvre du projet thérapeutique, l'exploration des complications et les évaluations en cours et à la fin de la mise en œuvre du projet thérapeutique.

« II. – Les actes à visée thérapeutique mentionnés dans la présente section comprennent notamment les actes réalisés en situation subaiguë et chronique impliquant une surveillance, des soins médicaux et infirmiers, des soins de réadaptation, l'adaptation de l'environnement et des aides techniques.

« III. – Les actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique mentionnées dans la présente section comprennent toutes actions permettant la diminution des récurrences et complications, la réduction du recours aux soins curatifs aigus et l'amélioration de la qualité de vie des patients, associant le cas échéant l'entourage du patient.

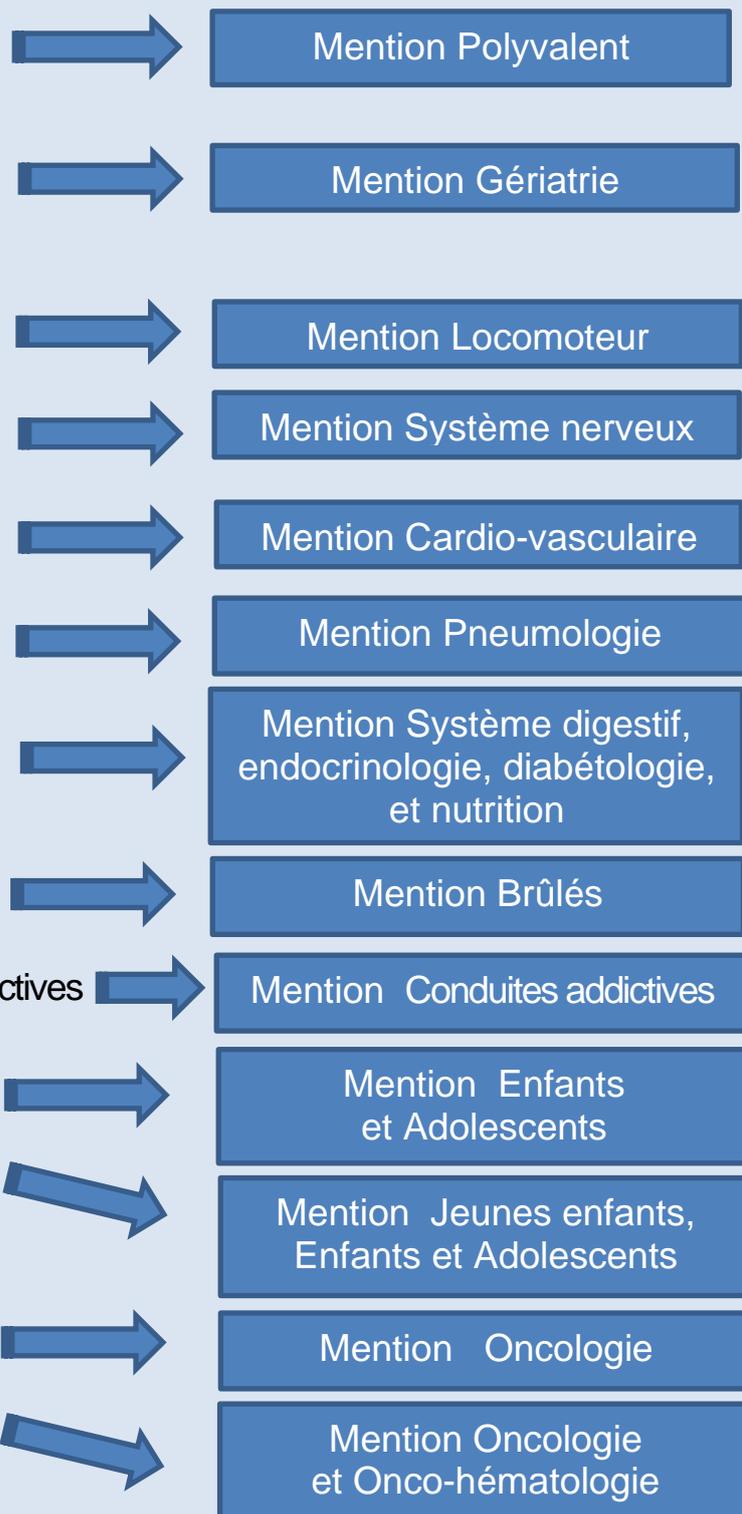
« IV. – Les actions à visée de réinsertion mentionnées dans la présente section sont destinées à favoriser la réinsertion familiale, sociale, scolaire et professionnelle »

Les nouvelles dénominations des SMR

Décret 2008

- SSR Polyvalent
- Affection de la personne âgée, poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance
- Affections de l'appareil locomoteur
- Affections du système nerveux
- Affections cardio-vasculaires
- Affections respiratoires
- Affections du système digestif, métabolique et endocrinien
- Affections des brûlés
- Affections liées aux conduites addictives
- SSR enfants
- Affections onco-hématologiques

Décret 2022



« Art. D. 6124-177-13.-I.- et suivants ... L'équipe pluridisciplinaire **comprend, outre** les équipes prévues à l'article D. 6124-177-3 ... telle ou telle **profession** »

à ne pas confondre avec les activités proposées par « mention »

		SSR Polyvalent	Affections de la personne âgée, polypathologique dépendante ou à risque de dépendance	Affections de l'appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Affections cardio- vasculaires
2008 SSR						
2022 : 2023 SMR Mentions...		Polyvalent	Gériatrie	Locomoteur	Système nerveux	Cardio- Vasculaire
M. Kinésithérapeute	2008					
M. Kinésithérapeute	2022					
Ergothérapeute	2008					
Ergothérapeute	2022					
Orthophoniste	2008					
Orthophoniste	2022					
Diététicien	2008					
Diététicien	2022					
Psychomotricien	2008					
Psychomotricien	2022					
Psychologue	2008					
Psychologue	2022					
Orthoprothésiste	2008					
Orthoprothésiste	2022					
Enseignant APA	2008					
Enseignant APA	2022					
Educ. JE ou Educ. Spé	2008					
Educ. JE ou Educ. Spé	2022					
ACTIVITE ETP	2008					
ACTIVITE ETP non spécifié	2022					
Auxiliaire de Puériculture	2008					
Auxiliaire de Puériculture	2022					

« Art. D. 6124-177-13.-I.- et suivants ... L'équipe pluridisciplinaire **comprend, outre** les équipes prévues à l'article D. 6124-177-3 ... telle ou telle profession »

à ne pas confondre avec les activités proposées par « mention »

2008 SSR		Affections respiratoires	Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	Affections des brûlés	Affections liées aux conduites addictives	SSR enfants	Affections onco-hématologiques	
2022 : 2023 SMR Mentions ...		Pneumologie	Système digestif, endocrinologie diabétologie et nutrition	Brûlés	Conduites addictives	Enfants et Adolescents / Jeunes Enfants, Enfants et Adolescents	Oncologie / Onco-Hématologie	
M. Kinésithérapeute 2008		[Green bar]						
M. Kinésithérapeute 2022								
Ergothérapeute 2008		[Green bar]						
Ergothérapeute 2022								
Orthophoniste 2008		[Green bar]						
Orthophoniste 2022								
Diététicien 2008		[Green bar]						
Diététicien 2022								
Psychomotricien 2008		[Green bar]						
Psychomotricien 2022								
Psychologue 2008		[Green bar]						
Psychologue 2022								
Orthoprothésiste 2008		[Green bar]						
Orthoprothésiste 2022								
Enseignant APA 2008		[Green bar]						
Enseignant APA 2022								
Educateur JE ou Educateur Spé 2008		[Green bar]						
Educateur JE ou Educateur Spé 2022								
ACTIVITE ETP 2008		[Green bar]						
ACTIVITE ETP non spécifié 2022								
Auxiliaire de Puériculture 2008		[Green bar]						
Auxiliaire de Puériculture 2022								

A NOTER : Financements complémentaires via les MIGAC pour les ...

Activités d'expertise :

- La prise en charge en réadaptation neuro-orthopédique
- La prise en charge dans le cadre de la filière de réadaptation en post-réanimation à destination des patients lourds et complexes :
 - Services de réadaptation post-réanimation – SRPR
 - La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique - PREPAN
 - Unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR)
- La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire - PREPAR
- La prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique – PREPAC
- La prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés
- La prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive
- La prise en charge des lésions médullaires
- La prise en charge des obésités complexes
- La prise en charge des patients amputés, appareillés ou non

Plateaux Techniques Spécialisés

- Balnéothérapie
- Isocinétisme
- Analyse de la marche et du mouvement
- Rééducation assistée des membres supérieurs
- Assistance robotisée des membres inférieurs
- Plateau de rééducation de préparation du retour à la conduite automobile

Au-delà de la présentation synthétique de ces premières pages du dossier KINESCOPE a souhaité requérir le point de vue des différents acteurs de ce secteur.

D' « une réforme attendue (?) » que nous avons choisi pour titre de ce dossier nous passerons à une réforme « changement de paradigme », puis à une « réforme impasse », et à une réforme « triple évolution aux multiples interrogations subsistantes » ... qui montrent bien que ce qui peut être vrai pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre ... et que chaque vrai ne constitue qu'une part de la vérité !

POINT DE VUE

Réforme des SSR vers des SMR, vers un changement de paradigme ?

Olivier SALTARELLI
Secrétaire général du CNKS

La société a évolué, la médecine se tourne de plus en plus vers une médecine ambulatoire, les structures de ville se développent via les Maisons de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

La réforme « Ma Santé 2022 », portée par la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, réinterroge les organisations territoriales de santé via les hôpitaux de proximité et le développement souhaité des liens ville-hôpital.

De plus, l'apparition des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), mis en place par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, nécessite de réinterroger les parcours de soins et la coordination qui s'en suit entre hôpital et soins de ville.

Ces différentes évolutions conduisent à imaginer un système fonctionnant sur le triptyque suivant : des CHU hautement spécialisés, en charge de l'aigu, des hôpitaux de proximité tournés vers des prises en soins subaigus, et une prise en soins de ville dans les phases qui suivent, en complémentarité des structures hospitalières pour les prises en soins de pathologies qui se chronicisent.

Le passage aux termes de soins médicaux et de réadaptation en interroge plus d'un parmi les différents acteurs. Cette réforme mentionne le fait que « *L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales.*

Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient. » (art. R.6123-118 du Code Santé Publique) ;

il est, par ailleurs précisé que « *Les actes à visée thérapeutique mentionnés dans la présente section comprennent notamment les actes réalisés en situation subaiguë et chronique impliquant une surveillance, des soins médicaux et infirmiers, des soins de réadaptation, l'adaptation de l'environnement et des aides techniques.* » (art. R.6123-119 du Code de la Santé Publique).

Quant à la notion de réadaptation, elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement* ».

Ainsi donc, l'ensemble des professionnels de la rééducation et de la réadaptation y trouvent la pleine expression de leurs singularités professionnelles.

Le nombre de mentions de SSR / SMR passe de 11 à 13 :

la mention pédiatrie se décompose en deux subdivisions jeune enfant / enfant et-adolescent ;

la mention cancer est elle divisée en mentions oncologie et onco-hématologie.

Cette nouvelle réforme entérine le rôle fondamental du kinésithérapeute dans la quasi-totalité des SMR à venir, quelle que soit leur dénomination de spécificité (exception des SMR « conduites addictives »).

Elle précise, enfin, les pratiques professionnelles indispensables au fonctionnement de ces structures. De plus, elle établit une liste fermée de professionnels pouvant intervenir dans celles-ci ; elle précise le nombre d'interventions journalières, en indiquant le type de professionnels qui peuvent être amenés à

intervenir et/ou les activités qui peuvent être proposées..

Ainsi, les modes de fonctionnement rééducatifs / réadaptatifs sont-ils précisés. Cela devrait conduire, nous l'espérons, à la réévaluation des besoins en termes de ressources humaines par les directions concernées, afin de pouvoir faire fonctionner, de manière légale et légitime, ces futures structures.

Enfin, il est à noter que ces décrets précisent les moyens techniques nécessaires pour le bon fonctionnement, et à la prise en soins optimum des patients, de ces structures. Cela nécessitera soit des redéfinitions des mentions actuelles des SSR, soit un plan d'investissement en matériel pour répondre aux exigences réglementaires, à défaut de quoi certains agréments pourraient être remis en cause par les autorités de tutelle.

Ainsi donc, il semble plus que nécessaire, que les différentes structures concernées se projettent dans les investissements indispensables à leur fonctionnement ; il est à noter que, depuis 2016, la MIG PTS (Mission d'Intérêt Général « Plateau Technique Spécialisé ») peut être sollicitée pour aider au financement de ces équipements.

De manière plus globale, ces nouveaux décrets précisent de manière plus fine les moyens humains et matériels nécessaires au fonctionnement de ces différentes structures.

En revanche, ces textes auraient mérité d'être complétés par des chiffrages en termes de quotas/ratios de rééducateurs en regard du nombre de lits, afin de contribuer à la qualité des prises en soins de rééducation-réadaptation ; a minima, il sera possible d'évaluer la charge de travail des différents professionnels en regard des exigences réglementaires quant aux rythmes et types de prises en soins.

POINT DE VUE

Décrets relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation : une impasse française ?

Jean Pascal DEVAILLY,
Président du SYFMER

Les décrets tant attendus relatifs aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) ont été publiés. Cette dénomination (SMR) remplace celle de Soins de suite et de réadaptation (SSR).

Nous analyserons les deux décrets relatifs aux implantations¹ et aux conditions de fonctionnement² du 11 janvier 2022 en envisageant leur impact sur les parcours, sur les nouveaux modèles économiques et sur le comportement prévisible des acteurs dans un contexte d'austérité budgétaire

Le secteur des SSR est un des secteurs post-aigus les plus vastes et hétérogènes du monde. Créé en 1991 sur un modèle linéaire des prestataires successifs des parcours de soins, court, moyen et long séjour, **les SSR français ne sont jamais parvenu à spécifier leurs activités** comme le signalait la Cour des comptes en 2012.

Pourtant à l'aube du XXI^{ème} siècle, avec le **système international des comptes de la santé (ICHA)³** a émergé un consensus autour d'un système bidimensionnel d'organisation et de comptabilité permettant une allocation des ressources aux **prestataires** successifs des parcours de soins (soins ambulatoires, courts séjours, soins post-aigus et soins et hébergement de longue durée) selon une **nomenclature fonctionnelle** des composantes de la valeur des soins : prévention, soins curatifs, réadaptation, soutien à l'autonomie et soins palliatifs.

A rebours de l'évolution internationale, les décrets de 2008 avaient supprimé la distinction entre les deux finalités principales antérieures des SSR : les soins de suite d'une part et la réadaptation d'autre part.

Les nouveaux décrets SMR auraient pu être l'occasion de définir les finalités principales des SSR.

Au contraire la France persiste, dans un modèle unidimensionnel en silos, à confondre les soins curatifs avec le court séjour, la réadaptation avec les SSR, la psychiatrie avec la santé mentale et les soins de soutien à l'autonomie dans la vie quotidienne avec les soins de longue durée.

La comparaison avec les systèmes étrangers montre qu'au-delà des SSR c'est de l'absence de nomenclature fonctionnelle de la santé que résulte l'impasse de la spécification et du financement des SSR.

La sortie cette impasse ne peut émerger d'un processus de décision limité aux acteurs du secteur SMR. De plus il ne doit pas être la somme des coalitions d'intérêts. Il importe de s'appuyer sur un pilotage stratégique fondé sur un cadre institutionnel rénové de l'ensemble des secteurs et des modes de financement de notre système de santé.

... les SSR
français ne sont
jamais parvenu à
spécifier leurs
activités

I. Le décret relatif aux conditions d'implantations

Une définition introuvable des missions des SSR

Les articles R. 6123-118 et R. 6123-119 montrent l'impossibilité de définir la fonction de réadaptation en la cantonnant au seul secteur des SMR. L'article R. 6123-118 donne une définition de l'objet de l'activité SMR qui est très proche la définition internationale de la réadaptation de l'OMS. **La rédaction de l'article R. 6123-118 se comprend mieux si l'on rappelle que le premier projet était de renommer les SSR « soins de réadaptation ».** Si certains acteurs dont le CNP de MPR ont voulu promouvoir la réadaptation comme terme générique englobant la rééducation, la réadaptation - dans son sens français restreint - et la réinsertion, cela ne visait pas pour autant à la confondre avec l'ensemble des fonctions des SMR, ni à occulter - du fait de cette confusion - qu'elle se déploie dans tous les secteurs de la santé.

En effet, conformément au modèle de l'OMS et de l'OCDE (ICHA), les SMR ont trois fonctions ou finalités souvent intriquées mais avec des proportions très variables selon les activités :

les soins curatifs subaigus, les soins de réadaptation et les soins de soutien à la perte d'autonomie qui en SMR ont une fonction de « soins de transition ».

Ces fonctions du système de santé n'ont malheureusement pas été identifiées.

La dénomination SMR a donc été préférée à la fois par ceux qui voulaient éviter la confusion entre SMR et réadaptation, par ceux qui souhaitaient voir disparaître la terminologie de « soins de suite » en insistant sur la médicalisation croissante des SSR, enfin par ceux qui souhaitaient valoriser d'autres domaines de soins, dont les soins de prévention et d'éducation thérapeutique, des pratiques thérapeutiques non spécifiques de la réadaptation dont des soins de bien-être, de confort voire des médecines alternatives.

L'article R. 6123-118 entérine de ce fait la **superposition entre secteur et fonction** qui s'étend au-delà des SSR alors que la fonction de réadaptation en réponse à la transition démographique et épidémiologique se déploie dans tous les autres secteurs du système de santé

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement »⁴.

La lecture de l'article R. 6123-119 montre que la réadaptation figure dans les actes thérapeutiques cités au II, mais non au I au titre de **diagnostic de réadaptation**.

La réadaptation est clairement distinguée des soins de prévention, d'éducation thérapeutique, et des « soins médicaux et infirmiers ». Doit-on comprendre que les soins médicaux sont des soins

réalisés par des médecins ? Les « soins médicaux et infirmiers » sont-ils des soins curatifs ou de réadaptation.

Par ailleurs la réinsertion n'intègre pas la définition générique de la réadaptation souhaitée par certains acteurs selon la définition internationale.

Si la réadaptation voit son champ s'étendre en englobant la rééducation, terme qui doit être compris comme synonyme de « réadaptation centrée sur la fonction », il n'y en a aucune définition de nature à en faire un domaine identifié du système de santé.

Un tel domaine devrait faire l'objet, comme le préconise le HCAAM dans son avis du 22 avril 2021, d'une **allocation par destination des soins**⁵. Dans cet avis le HCAAM cite la réadaptation à côté des soins curatifs selon les nomenclatures de l'ICHA.

On perçoit donc le frémissement d'une possible réforme mais qui ne pourra émaner du seul secteur des SMR.

La seule définition tangible du périmètre de la réadaptation reste celle du projet de classification tarifaire 2022 : **c'est l'ensemble de actes codés par le CSARR.**

Cette définition exubérante étend le champ des professionnels de réadaptation aux 32 codeurs du CSARR. Cela va bien au-delà des périmètres internationaux centrés en général sur ce qu'on nomme en France « métiers de la rééducation ».

La vaporisation de la réadaptation risque d'induire des modèles économiques valorisant mal la réadaptation intensive et complexe. La réadaptation reste encore un OVNI : un objet de valeur non identifiée (Figure 1, ci-après)

Articulation entre composantes de la valeur et nomenclature fonctionnelle des soins.

Attente des patients ou composantes de la valeur	Allocation par destination	Fonctions de l'ICHA (OCDE)	Stratégies de santé de l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas mourir prématurément: pronostic vital 		Promotion et prévention (HC.6)	Stratégie de promotion
<ul style="list-style-type: none"> • Récupérer ou préserver un niveau de fonctionnement optimal: pronostic fonctionnel 		Soins curatifs (HC.1)	Stratégie de promotion
<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir reprendre rapidement ses activités antérieures* 		Soins de réadaptation (HC.2)	Stratégie curative
<ul style="list-style-type: none"> • Eviter les pertes de chances: soins inutiles, erreurs de diagnostic, inconforts liés aux traitements complications, effets secondaires des traitements... 		Soins au long cours aux frontières des politiques du handicap (HC.3)	Stratégie de réadaptation
<ul style="list-style-type: none"> • Maintien en santé et en fonction en évitant les récurrences par des soins au long cours • Eviter les conséquences pathogènes à long terme des traitements 		Stratégie de soutien et d'accompagnement social aux frontières des systèmes de santé et des autres politiques publiques	

* Définition difficile des frontières avec l'action sociale et médico-sociale

Les mentions spécialisées dépourvues de critères de prise en charge

Parmi les avancées positives par rapport aux décrets de 2008, signalons la définition des soins de suite « polyvalents » et les nouvelles modalités « cancer » et « pédiatrie ».

(cf. Tableau 1, ci-après).

L'autorisation en hospitalisation conventionnelle confère celle en hospitalisation à temps partiel avec l'obligation de l'organiser sauf dérogation.

Les mentions spécialisées restent par ailleurs identiques avec une terminologie plus proche des spécialités médicales aiguës pour la gériatrie et la pneumologie, alors que les décrets de 2008 avaient évité ces confusions. La **segmentation étiopathogénique** en filières amont-aval épouse toujours les catégories médicales de l'aigu. Sans critères de prises en charge distinguant les patients qui relèvent des SMR polyvalents ou de SMR spécialisés, elle ne **répond plus aux besoins des patients polyopathologiques requérant une réadaptation intensive et complexe**, quel que soit l'âge.

Décrets de 2008		Décrets du 11 janvier 2022
SSR polyvalents (Autorisation générique)		Mention « polyvalent » : conditions techniques spécifiques
Affections de l'appareil locomoteur		Mention « locomoteur »
Affections du système nerveux		Mention « système nerveux »
Affections cardio-vasculaires		Mention « cardio-vasculaire »
Affections respiratoires		Mention « pneumologie »
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien		Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »
Affections onco -hématologiques	Modalité « Cancer »	Mention « oncologie »
		Mention « oncologie et onco -hématologie »
Affections des brûlés		Mention « brûlés »
Affections liées aux conduites addictives		Mention « conduites addictives »
Affections de la personne âgée, polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance		Mention « gériatrie »
SSR enfants	Modalité « Pédiatrie »	Mention « enfants et adolescents »
		Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents »

II. Le décret relatif aux conditions de fonctionnement

Des conditions de fonctionnement minimalistes

Alors que les coûts ne sont plus couverts faute d'un modèle économique capable de soutenir les activités spécialisées de réadaptation et que ces activités prennent en charge des patients de plus en plus lourds, les conditions techniques de fonctionnement, **ne répondent pas à la cohérence promise entre autorisations et financement.**

mentions : « un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes » par exemple ;

- la description imprécise de « pratiques thérapeutiques » dont certaines ne sont pas liées à des professions particulières et ne sont spécifiques ni des soins hospitaliers ni des SSR (éducation thérapeutique, activité physique adaptée) ;
- le caractère minimaliste de la notion de

L'équipe pluriprofessionnelle comprend un ou plusieurs:	MK	Ergothérapeute	Orthophoniste	Diététicien	Psychomotricien	Psychologue	Orthoprothésiste	E-APA	Educateur	Aux. Puériculture	Nombre de pratiques thérapeutiques offertes par la structure dans une liste fermée	Nombre de séquences par jour ouvré dont séquence individuelle
Polyvalent	■										2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	1 indiv. ou collective
Gériatrie	■			■		■					3: MK, E, D, PM, O, Psy, APA	2 indiv. ou collective
Locomoteur	■					■					3: MK, E, orthoprothésiste, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Système nerveux	■		■			*					3: MK, E, O, PM, Neuro-Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Cardio-Vasculaire	■			■		■					2: MK, E, D, O, PM, Psy, ETP, APA	2 indiv. ou collective
Pneumologie	■					■					2: MK, E, D, PM, Psy, ETP, APA	2 dont 1 de MK
Digestif...	■					■		■			3: MK, E, D, ETP, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Brûlés	■	■	■	■		■	■				2: MK, E, O, PM, D, Psy, orthoprothésiste	-
Conduites addictives						■					2: Psy, ETP, E, PM, D, APA	2 indiv. ou collective
Enfants ados	■					■			■		3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Jeunes enfants...	■					■			■	■	3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Oncologie Onco-hématologie	■			■		■					2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	2 indiv. ou collective

■ « Un ou plusieurs »

*au moins un formé en neuro-psychologie

(Tableau 2, page ci-dessus Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement : professionnels, pratiques thérapeutiques et séquences selon les mentions)

Les conditions techniques de fonctionnement se caractérisent par

- l'absence de ratios garantissant l'intensité et la technicité requise, avec la seule indication de professions obligatoires, variable selon les

séquence par jour ou par venue ;

Ces conditions semblent dictées par des arrières pensées économiques des producteurs de soins en contexte de tension budgétaire et de difficultés de recrutement pour certains métiers (kinésithérapeutes, orthophonistes...).

Ces conditions risquent de réduire la qualité des soins en SMR polyvalents ou spécialisés : la diversité des «pratiques thérapeutiques» permettra la substitution plus aisée des professionnels vers les professions dont le recrutement est moins difficile.

Le saupoudrage quotidien d'interventions de courte durée auquel incite le mécanisme des pondérations du CSARR et la multiplication des «**séquences**» **collectives** risquent d'être privilégiés **au détriment de la pertinence des programmes de soins**.

III. L'impact prévisible sur le comportement des acteurs

Le cercle vicieux entre conditions minimalistes et échelles de tarifs

L'absence de définition de programmes de soins spécifiques interdit la fixation de tarifs reflétant des programmes homogènes sur le plan de l'activité clinique et des coûts.

- Les groupes médico-économiques reflètent une homogénéité de coûts mais pas une homogénéité clinique⁶.
- Les échelles de coûts enregistrent donc ce qui est consommé mais, sans condition de fonctionnement notamment de ratios, le mécanisme des Echelles nationales de coûts (ENC) lisse les coûts calculés de la prise en charge. Les moyennes sont assimilées à des normes. De plus les **échelles de tarifs** ne reflètent pas les coûts calculés mais dépendent d'une enveloppe fermée l'ONDAM et sont modulées par des priorités de santé publique.
- A chaque nouvelle ENC les tarifs diminuent pris en ciseau entre les conditions de fonctionnement réelles et les moyennes calculées mais corrigées par les incitations macroscopiques.
- Ces tarifs conduisent à des modèles économiques qui contraignent les directions à réduire les dépenses et à favoriser les activités les moins coûteuses en optimisant le codage au regard de la réglementation en vigueur.

Les risques liés à l'adaptation aux nouveaux modèles économiques

En l'absence de groupes médico-économiques répondant à des séquences de soins homogènes et soutenant un modèle économique viable, les directions seront confrontées au seul moyen de maintenir les activités, réduire la qualité des soins

en réduisant les effectifs et la qualification et les compétences des équipes.

Trois mécanismes de substitution permettent cette réorganisation économique :

- la substitution des professionnels de réadaptation par des professionnels moins spécifiques ou moins qualifiés ;
- la substitution des pratiques thérapeutiques de réadaptation centrées sur la fonction par des pratiques non spécifiques de la réadaptation et/ou des SSR ;
- la substitution des séances individuelles par des séances collectives.

Les programmes de soins, par exemple pour un patient victime d'un AVC, risquent de ne plus être conçus selon la médecine fondée sur les preuves mais à partir des professions, des effectifs et des temps de réadaptation disponibles dans l'établissement.

IV. Les perspectives

Vers une nomenclature fonctionnelle des domaines de la santé

Il faut renoncer à trouver la solution de la réforme du secteur à l'intérieur des ex-SRR. Un tel processus de décision, qui n'implique que les acteurs des futurs SMR, ne peut aboutir à des résultats différents de ce qui en a émergé précédemment.

Du grand «fourre-tout» - dénoncé par Jean-Pierre Held lors du cantonnement autoritaire des activités de MPR dans le champ des SSR - jusqu'à «l'absence de spécification» des activités et au «pilotage sans cap précis» dénoncés par la Cour des comptes en 2012, l'impasse des réformes est avérée et itérative.

En France le système reste unidimensionnel. Une fois définis les prestataires les prestataires sont confondus avec une fonction unique, alors que ces fonctions se combinent en composantes indispensables de la valeur⁷ dans chaque secteur prestataire, en ville et en établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Une occasion manquée ?

La réforme des SSR est une nouvelle occasion manquée malgré quelques avancées positives. Il faut en chercher la cause en dehors du champ des SSR. Notre système de santé persiste à ignorer les cadres conceptuels et les nomenclatures internationales des prestataires et des fonctions de la santé. Cette impasse cognitive empêche la spécification des activités de SMR depuis leur création.

L'absence combinée de critères d'admissions, de conditions de fonctionnement robustes et d'un modèle économique adapté à la diversité des besoins va retentir sur tous les secteurs la chaîne amont-aval.

Elle va accroître les dysfonctionnements des filières que les pouvoirs publics avaient réussi à structurer par exemple pour les lésions cérébrales et médullaires mais aussi dans bien d'autres domaines.

La définition d'une gradation différenciée des niveaux de complexité selon qu'elle concerne les soins curatifs post-aigus, la réadaptation ou le soutien à la perte d'autonomie est en échec.

Il reste par exemple impossible de définir des activités de soins médicaux prolongés lourds ou des activités de réadaptation de niveau 3 pour les patients atteints de lésions cérébrales ou médullaires.

Les SMR restent un secteur mal différencié de dégagement de l'amont. L'engorgement des lits de court séjour et les processus de triage majorés par la pandémie risquent de s'aggraver alors que le virage ambulatoire reste incantatoire.

Les incitations à développer l'hospitalisation de jour en SMR sont insuffisantes.

Les soins ambulatoires et à domicile restent encore trop inadaptés à une réadaptation pluriprofessionnelle complexe malgré le développement progressif des équipes mobiles, de l'HAD de réadaptation et des d'équipes pluriprofessionnelles en soins de ville, spécialisées ou non.

Seule une réforme distinguant enfin les **prestataires** des **fonctions** permettra de soutenir une organisation, un système d'information, une comptabilité analytique et un modèle de financement à la mesure de la diversité des activités.

Seule une réforme distinguant enfin les **prestataires des fonctions** permettra de soutenir une organisation, un système d'information, une comptabilité analytique et un modèle de financement à la mesure de la diversité des activités.

Nous préconisons d'utiliser la nomenclature fonctionnelle de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA) : soins curatifs subaigus, soins de réadaptation et soins d'assistance avec hébergement de transition⁸.

Il faut s'appuyer sur l'identification claire et bien délimitée de la réadaptation donnée par la définition internationale.

Elle pourra dès lors s'inscrire dans une définition modernisée des fonctions du système de santé, fondée sur le cadre conceptuel proposé par les organisations et nomenclatures internationales (CIF, OCDE, ICHA) et conforme à l'avis de la HCAAM relatif à l'allocation par destination des soins (cf. Fig.1, page 10).

Une fois définie, il conviendra d'urgence de réduire le périmètre exubérant de la réadaptation par un recentrage des interventions autour des métiers spécifiques de la réadaptation. Ce travail est en cours dans la réforme du CSARR, certains actes étant réservés à des professions précises. Cette démarche est indispensable afin d'éviter une déqualification des équipes multidisciplinaires de réadaptation spécialisées, entre autres celles de MPR.

Les outils actuels de description des patients ne permettent pas de valoriser correctement les activités spécialisées de réadaptation les plus exigeantes en compétences professionnelles spécifiques, en temps humain et en plateaux techniques coûteux. Ces coûts ne sont plus couverts par les modes de financement actuels et des conditions de fonctionnement si peu exigeantes ne pourront garantir la qualité des soins.

... il conviendra d'urgence de réduire le périmètre exubérant de la réadaptation par un recentrage des interventions autour des métiers spécifiques de la réadaptation.

La séquence de soins est plus pertinente comme unité de groupage que le séjour complet qui ne peut constituer un objet clinique homogène. Pour les activités dont la finalité principale est la réadaptation, les séquences doivent être décrites par des groupes fondés sur le pronostic fonctionnel. C'est pourquoi il est indispensable d'intégrer aux outils de description des patients par le PMSI-SSR une évaluation du potentiel de réadaptation, déterminant des programmes et des ressources similaires garanties par des conditions techniques de fonctionnement robustes

L'OMS invite à lever les obstacles à la réadaptation dans les pays à faible revenus mais elle constate qu'ils existent tout autant dans les pays à haut revenu soumis à des politiques d'ajustement des dépenses de santé. Selon l'OMS la réadaptation est partie intégrante des politiques du handicap.

Le premier obstacle à l'organisation et au financement de la réadaptation est l'absence de stratégie nationale de réadaptation.

Bibliographie

- 1 Décret no 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation
- 2 Décret no 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation
- 3 Système international des comptes de la santé. 2011
- 4 Site de l'OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- 5 Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé. 22 avril 2021
- 6 Devailly JP. SSR : conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse. Gestions Hospitalières. N° 611 ; décembre 2021, 588-595
- 7 Porter M. What Is Value in Healthcare N Engl J Med 2010; 363:2477-2481
- 8 Ibid 6
- 9 Appel à l'action : Réadaptation 2030. Note de synthèse

POINT DE VUE

2022 – 2023 : Mise en place de la réforme des SSR, retour d'expérience d'un coordonnateur des soins en région Grand Est.

Isabelle Monclin
Coordonnateur des Soins, MK

KINESCOPE : Comment les établissements ont-ils anticipé la réforme ?

I.M : La parution au journal officiel des décrets réformant les SSR en ce début d'année vient ponctuer les changements concernant les autorisations, la classification et le financement des SSR ou plutôt des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).

Du fait du contexte de la crise sanitaire, ces réformes sont repoussées en 2023 et s'appuieront comme année de référence sur 2022.

Les établissements SSR quels que soient leurs statuts (public, privé à but lucratif ou non) se sont plus ou moins préparés à cette réforme depuis de nombreuses années. Alors, la vision stratégique des directions est essentielle pour préparer le passage à la dotation modulaire à l'activité en s'appuyant sur les nouveaux décrets, pas si nouveaux car déjà proposés en 2019 pour « information ».

Afin d'optimiser les ressources humaines et les ressources matérielles ... , la formalisation de programmes standardisés est le socle de nos prises en charge spécifiques.

KINESCOPE : Comment s'adapter aux évolutions ?

IM : Afin d'optimiser les ressources humaines que représentent l'équipe pluri-professionnelle et les ressources matérielles performantes répondant aux besoins du patient, la formalisation de programmes standardisés est le socle de nos prises en charge spécifiques.

La place de l'Education Thérapeutique concernant la prise en charge de pathologies chroniques complète ses parcours.

L'innovation est essentielle et des actions de mécénat ou de réponse à projet la facilite. Il est évident que tous les établissements ne sont pas sur un même pied d'égalité.

Il ne faut pas oublier l'**environnement architectural** qui permet de répondre à des prises en charge évolutives en fonction des autorisations qu'elles soient collectives, individuelles – dédiées, ou non dédiées.

Beaucoup d'établissements ont été délocalisés et reconstruits ou rénovés grâce aux nombreux plans « hôpital », le dernier date de 2021.

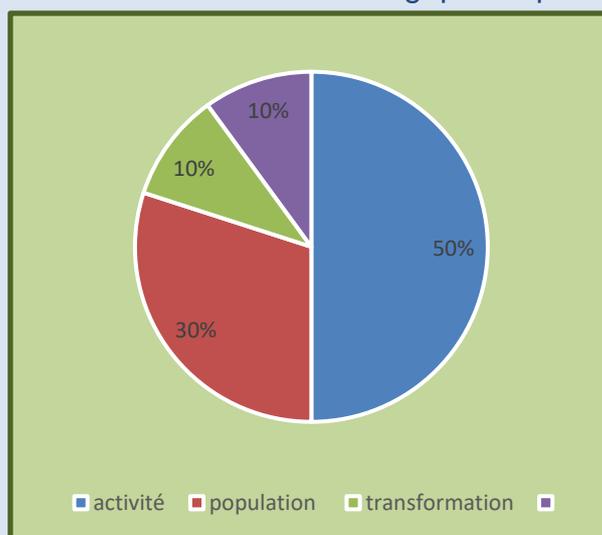
KINESCOPE : Quid de la mise en place de l'ambulatoire ?

I.M : Enfin, le virage ambulatoire en 2013, véritable alternative à l'hospitalisation complète est une opportunité pour les établissements avec le développement d'équipes mobiles spécialisées, d'hospitalisation à temps partiel (HTP), d'Hospitalisation à domicile (HAD). Il permet de répondre au mieux au besoin de la population ainsi qu'aux structures d'amont et aux structures d'aval.

KINESCOPE : ...Et quid du financement ?

Ainsi, se profile le nouveau modèle de financement basé :

- pour 50% sur les recettes issues de l'activité ;
- pour 30% sur la dotation populationnelle ; allocation de ressources en accompagnement des développements d'activité et de l'amélioration de la qualité de la prise en charge sur le territoire et sur la base des caractéristiques des patients, de leurs environnements et ou des objectifs de santé publique.



On ne s'appuie plus sur l'offre et les caractéristiques des structures. Cela reste une vraie préoccupation en fonction de notre environnement qui sera plus ou moins propice. Quid par exemple de 2 établissements distant d'une vingtaine de kilomètres avec les mêmes autorisations, les mêmes équipements ?

En comparaison, le plateau technique spécialisé représente 2%.

- pour 10% sur la dotation de transformation : allocation fondée sur une quantification par un objectif de santé publique dans une logique de parcours patient

KINESCOPE : Que vont changer les nouveaux décrets dans notre quotidien ?

En fonction de nos activités et de nos parcours, cela va permettre si cela n'est pas fait de les réajuster en optimisant les ressources. Exemple : Pour un SSR polyvalent, une prise en charge kinésithérapique

en groupe ou en individuelle est spécifié et suffisante.

La pédiatrie, les conduites addictives et l'oncologie sont mieux définis

La notion de séquences est précisée en individuelle et ou collective.

En termes de ressources humaines, de ce fait, est ce que nous aurons les ressources nécessaires pour y répondre ?

Bon nombre d'établissements prennent en charge en non dédié (2 à 3 patients) et peu font de l'individuel sauf en évaluation.

Certains compensent par des prises en charge collectives favorisant la prise en charge individuelle par d'autres professions.

De nouvelles professions sont identifiées pour la majorité des spécialisés : EAPA, psychomotricien, psychologue, diététicien, neuropsychologue.

L'assistance sociale n'apparaît pas mais a un rôle essentiel dès l'admission du patient. Cela conforte nos choix d'une prise en charge pluri professionnelle.

Néanmoins, certaines professions en fonction des régions ne sont pas disponibles comme les neuropsychologues ou les orthophonistes paradoxalement aux kinésithérapeutes. Par exemple : un SRR de 350 lits et places avec

mention neuro s'est retrouvé sans orthophoniste pendant plusieurs mois.

L'importance de la formation, de l'éducation thérapeutique, de la qualité de vie au travail pour fidéliser nos équipes sont essentiels et prioritaire pour le manager d'aujourd'hui.

Ainsi, la publication des décrets n'est pas une surprise pour bon nombre d'entre nous.

Par contre, le modèle de financement - même si nous y sommes préparés - reste une vraie interrogation alors que le modèle T2A s'essouffle et tendrait à disparaître.

Enfin, la nouvelle classification des actes de rééducation préfigure du M de SMR où la lourdeur, la sévérité et le niveau de réadaptation permet de mieux décrire les séjours de nos patients

POINT DE VUE

« Décret SMR,

des évolutions intéressantes mais des interrogations subsistantes »

Brice Martine
Directeur Délégué
Andrée Gibelin
Cadre Rééducation
SSR Camille Blanc
74500 Evian

Point de vue du Directeur

La nouvelle appellation Soins Médicaux et de Réadaptation « SMR » a été introduite par les nouveaux décrets du 11 janvier 2022 visant à encadrer les activités de nos actuels Soins de Suite et de Réadaptation. Elle s'inscrit dans le cadre d'une triple évolution pour notre secteur d'activité :

- réforme des autorisations,
- réforme à venir sur le mode de financement avec notamment l'introduction d'une part de Dotation Modulée à l'Activité (DMA) plus importante et la création d'un socle de dotation populationnelle, la prise en compte d'activités d'expertise et d'une utilisation des plateaux

techniques spécialisés via des enveloppes Mission d'Intérêt Général (MIG),

- évolution sur la classification PMSI avec l'introduction d'une gradation par groupe de
- réadaptation notamment (notion de réadaptation plus ou moins intensive et spécialisée).

En direction d'établissement de soins de suite depuis plusieurs années, je m'étais personnellement interrogé sur l'opportunité d'une nouvelle réforme pour les SSR.

A quoi bon vouloir une nouvelle fois changer de nom et redéfinir des conditions d'implantations et de fonctionnement pour nos établissements ?

Les décrets de 2008, ayant antérieurement rassemblé bon gré mal gré derrière une seule et même dénomination des établissements très disparates, avaient à mes yeux l'avantage de poser déjà un cadre relativement clair : rôle et missions attendues pour nos établissements, compétences et équipements minimum requis, intensité de prise en charge minimale attendue pour les mentions spécialisées.

Était-il vraiment nécessaire de tout repenser une nouvelle fois ?

Finalement, ces nouveaux décrets ont effectivement déjà pour valeur ajoutée d'accompagner certaines transformations à l'œuvre actuellement :

- Favoriser un peu plus encore le virage ambulatoire attendu sur nos établissements par le fait que désormais lorsqu'un établissement sera autorisé, il le sera a priori directement sur les deux champs hospitalisation complète et de jour ; nul doute qu'associé à un modèle de financement avec une part DMA plus forte, les gestionnaires d'établissement auront alors davantage de possibilités pour opérer les transformations qu'ils souhaitent mettre en place sur leurs structures,

- Accueillir des patients au profil plus médicalisé qu'auparavant, comme l'indique la nouvelle appellation Soins Médicaux et de Réadaptation,

- Encourager à repenser le parcours de patients qui se doit d'être plus polymorphe aujourd'hui, alors que nous restons encore trop souvent dans une logique de parcours classique "MCO/SSR/Domicile". C'est une démarche de longue haleine dans les faits, et supprimer la notion de "Soins de Suite", s'inscrit dans cette dynamique, tout comme le fait que les décrets invitent une nouvelle fois à une articulation avec les structures médico-sociales.

- Mieux instituer la place qu'ont pris certains métiers dans nos établissements aujourd'hui. Il est intéressant de voir que l'enseignant APA, qui a su finalement au fil du temps trouver sa place dans nos établissements, fait partie désormais des compétences attendues dans la plupart des mentions spécialisées et fait même partie des professions obligatoires pour le « digestif endocrinologie, diabétologie, nutrition ».

Les traductions concrètes sur les recrutements devraient suivre. Sur notre établissement, nous avons à titre d'exemple tout dernièrement renforcé le temps d'APA au sein de l'équipe.

Nous l'avons fait d'autant plus volontiers que nous nous attendions bien à ce que ce métier fasse désormais partie des professions ciblées réglementairement pour nos activités.

Par ailleurs, parmi les évolutions notables, ces décrets tentent de prendre en compte deux spécificités portées par certains établissements de SSR aujourd'hui : l'hyperspécialisation de certains d'une part et l'accompagnement dans le champ de l'enfant d'autre part.

Les travaux en cours sur les activités d'expertise, introduisent donc un niveau supplémentaire de spécialisation pour certains établissements à l'échelon régional, afin de

reconnaître leur offre différente de celle des autres SMR spécialisés. Cette démarche a du sens car effectivement des différences significatives existent entre les offres proposées.

A titre d'exemple certains grands SSR neurologiques très spécialisés accueillant des patients blessés médullaires dans le cadre d'une réponse experte très poussée ou disposant d'une offre complète de prise en charge neuro-orthopédique médico-chirurgicale et rééducative et se mobilisant également sur des actions de recherche, sont de fait en décalage sur les moyens déployés et l'offre de soins mis à disposition. Il apparaissait donc logique que cette spécificité soit prise en compte.

Les premiers cahiers des charges transmis par la DGOS en avril 2021 constituent à ce propos une base d'analyse intéressante pour nos établissements, précisant justement les prises en charges, modes de coopération et moyens techniques attendus pour ces activités d'expertise. Il est probable qu'elle tirera vers le haut l'offre de bon nombre d'établissements visant une reconnaissance d'expertise. Restera néanmoins en suspens le fait de savoir si, in fine, cette reconnaissance prévue aussi au niveau du financement des établissements, permettra véritablement d'obtenir des moyens à la hauteur de leurs besoins.

La pédiatrie a aussi fait l'objet d'un traitement particulier ce qui semble logique du fait des particularités des accompagnements. Le cahier des charges SMR précise un certain nombre d'attendus de fonctionnement désormais et les établissements disposent également de davantage de souplesse en abaissant les limites d'âge d'accueil à 4 ans pour ceux ne disposant pas de l'autorisation « jeunes enfants ».

Certaines coopérations notamment avec les structures de type CAMSP vont de fait s'en trouver renforcées. Dans la même veine, les

SMR adulte pourront accueillir des jeunes à partir de 16 ans.

La triple évolution précédemment évoquée n'est donc pas sans conséquences pour nos établissements :

- Quid de la remise à plat de nos autorisations ? Il y aura très certainement des gagnants et des perdants sur ces évolutions (retrait possible de certaines mentions spécialisées pour certains, obtention d'une expertise pour d'autres, etc.) Chacun essaiera bien sûr d'en sortir gagnant mais, de fait, des déceptions seront inévitables.

Quels seront aussi finalement les impacts des enquêtes menées par l'ARS sur les activités d'expertise dans les arbitrages à venir ? Un peu à l'image de la SAE 2019 pour le financement du Ségur, cette enquête menée sur la base d'un déclaratif à un moment donné sera t'elle un des outils qui servira ensuite aux prises de décision ?

- Quid de l'adaptation des plateaux techniques spécialisés pour répondre là encore aux cahiers des charges de la DGOS ? Quid du suivi et de l'optimisation de leur niveau d'utilisation pour être valorisés financièrement dans le futur modèle ?

- Quid encore des programmes de soins à proposer aux patients, construits en fonction de leurs enjeux de santé, mais qui devront bien sûr se conformer aux attendus réglementaires, et idéalement être le mieux valorisés possible économiquement ? Cela pose la question d'un codage PMSI optimisé et de l'appropriation de ces enjeux par les équipes médico-soignantes et rééducatives.

- Quid enfin de la mise en place de nouveaux parcours utilisant ou non les dispositifs implantés ces dernières années tels que les équipes mobiles de rééducation, les CPTS, etc. Comment nos équipes vont dans le cadre de leurs projets de service s'approprier ces nouveaux parcours et partenariats ? Quelle

pourra être la place de la télésanté dans ces articulations entre acteurs ?

Ces nouveaux décrets parus en janvier lancent finalement le « top départ » de ces réformes. Beaucoup d'interrogations subsistent à ce stade mais une chose est certaine : nous travaillons tous à préparer nos établissements et nos équipes pour s'adapter à cette nouvelle donne et en sortir dans la mesure du possible renforcés.

Point de vue cadre :

La réforme enfin publiée ne nous surprend pas, compte tenu de la durée de la phase préalable de discussion avec une partie des organisations professionnelles.

L'impact en a été clairement identifié sur trois points principaux : le PMSI, les investissements et le recrutement. Les liens avec le secteur médicosocial étaient déjà, de fait, existants et privilégiés du fait d'une activité de pédiatrie et de gériatrie au sein de l'établissement.

Les directives des directions et des DIM pour assurer un codage adapté et exhaustif de l'activité s'étaient précisées depuis l'annonce de la réforme du financement de notre secteur. La relecture des agendas patients pour s'assurer de la diversité des prises en charge et de leur intensité est devenu un exercice presque quotidien.

La sensibilisation des équipes aux enjeux médico économiques en lien avec les TIM a été régulièrement assurée au cours de l'année 2021. Le déploiement d'activités collectives en complément des séquences individualisées a été encouragée.

Les investissements en matériel de ces dernières années ont été guidés autant par les besoins identifiés des personnes prises en charge que par la perspective de la spécialisation des parcours de réadaptation.

L'argumentaire des commerciaux s'est d'ailleurs adapté et nous avons vu apparaître la notion de référencement à une autorisation d'activité dans les présentations de matériel (thérapie miroir, allègement du poids du corps, robotique). Les outils de télé réadaptation ont pour la première fois fait partie des investigations pré investissements.

Enfin dans les arbitrages de recrutement la certitude d'un positionnement affirmé des enseignants APA a été largement pris en compte, de la même manière que la présence des formations en Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans les annonces passées et dans les CV des candidats reçus.

Le plan de développement des compétences des deux dernières années en a largement été modifié.

En conclusion, la sémantique utilisée dans les appellations remet en perspective la place des soins médicaux dans l'activité de rééducation et consolide l'utilisation du terme réadaptation, ce qui nous conforte dans l'urgence d'une définition consensuelle pour tous les professionnels.

DOSSIER EVOLUTIF

**à mesure de la mise
en place effective**

à suivre

sur cnks.org