

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

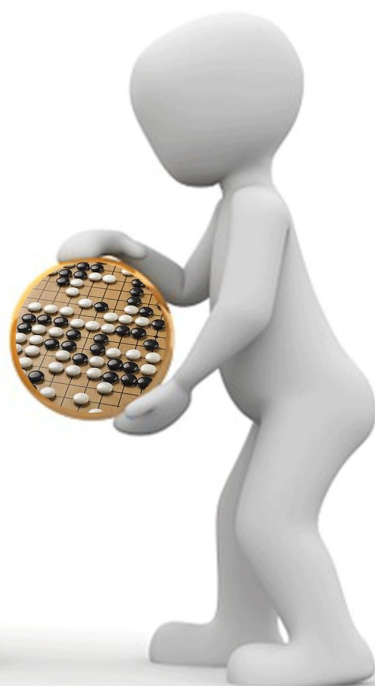
et aux hospitaliers ukrainiens

n° 18

avril 2022



360



KINESI THERAPIE THERAPEUTES

& TERRITOIRE(S)

1^{ère} partie

Kinésithérapeute salarié-e et...

**Organisation
Hospitalière**



**Vie
Associative**



cnks



Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

SOMMAIRE

- **PERISCOPE** *l'édito du Président*
Crise, rupture, dépassement P-H Haller p.3
- **KALEIDOSCOPE** *Brèves & actualités*
La rédaction p.5 à 12
- **L'ESSENTIEL** *Les Maux des Mots*
Territoires (1^{ère} partie) La rédaction p. 13 à 19
- **RETOURS D'EXPERIENCES** *En secteur hospitalier*
MK au GH du Havre A-M Dezprez & L. Plate p.20 à 22
- **MACROSCOPE**
L'émergence de l'Homme dans la nature Ph. Stevenin p.23 à 28
- **ASSOSCOPE** *la vie de l'association*
Adhésion
Séminaire Conseil d'administration La rédaction p.29 à 32
- **PRATICOSCOPE**
MK salariée & Personnes âgées F. Desramault & A. Vanheule p.33 à 37
- **L'ESSENTIEL** *Lu pour nous*
Le laboureur et les mangeurs de vent P-H Haller p.38 à 41
- **JNKS REIMS 2022**
Pré-programme et Bulletin d'inscription La rédaction p.42 à 45

Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :

Valérie Corre, Christophe Dinot,
Andrée Gibelin, Véronique Grattard,
Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images

libres de droit ou DR

Moins on a de connaissances,
plus on a de convictions.

Boris Cyrulnik

P l'édito du président ERISCOPE

Crise, rupture, dépassement.

La science du risque nous éclaire sur les causes profondes des catastrophes : le déficit systémique cindynogène. Les retours d'expérience et les enquêtes post accident identifient une liste de causes : des déficits culturels, organisationnels et managériaux.

Les quatre déficits culturels sont :

- l'infailibilité - *le mythe d'insubmersibilité du Titanic en est un exemple* –
- la culture de simplisme - qui nie la complexité des relations et des organisations humaines -,
- la non communication et la difficulté d'interaction avec les barrières linguistiques
- et le nombrilisme ou tentation narcissique de ne jamais écouter des avis extérieurs.

Les déficits organisationnels sont liés à la tension entre la production et la sécurité et la dilution des responsabilités.

Enfin les déficits managériaux sont liés à l'absence de système apprenant face à l'erreur et de retour d'expérience, l'absence de procédure écrite, de formation du personnel et de préparation aux situations de crise.

Les heures sombres des conflits armés et des dictatures ont fait de mensonges répétés des vérités collectives. Et pourtant pour faire face aux crises, seuls des marginaux sécants devenant des sécants sages, peuvent construire les ponts et établir des liens entre des territoires, en cultivant l'exigence d'une pensée réflexive au dépend d'une confortable servitude. Il s'agit de nourrir et d'élever, étymologiquement d'éduquer.

Souhaitons-nous de pouvoir nous élever collectivement face aux crises et de nous nourrir des enseignements qu'elles nous permettent d'esquisser.

Puissions-nous sortir avec humilité de nos certitudes et de cette confortable servitude de pensée qui nuit à la résilience.

Face à la crise, il faut accepter les ruptures, pour dépasser nos idées reçues et valoriser la sérendipité.

Pierre-Henri Haller

A la vie de l'association ASSOSCOPE

- Parce qu'une association pro ne peut vivre, fonctionner et agir sans des professionnels adhérents, membres abonnés ou correspondants, ni sans équipe de membres militants,

- Parce que pour vous le métier de Kinésithérapeute Salarié a des spécificités à promouvoir, à défendre, et à porter

- Impliquez-vous,
- Soutenez le CNKS !
- Devenez adhérent soit membre abonné soit membre correspondant



Adhésion 2022 : lien + [clic + ctrl]

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

K *les brèves & les actualités* **ALEIDOSCOPE**

Parce que toutes les composantes sociologiques - y compris celles du monde de la santé bien évidemment - et leurs différentes organisations professionnelles, syndicales ou associatives - de notre pays ont pour mission de défendre et promouvoir les acteurs et les activités qui les concernent et que l'on peut aussi nommer « leurs territoires »,

Parce que le renouvellement politique démocratique est en cours, en ce courant avril au travers des élections présidentielles puis en mai au travers des législatives, qu'un nouveau gouvernement, un nouveau Premier Ministre, un nouveau Ministre de la santé ... seront à la barre très prochainement, et que les organisations susnommées ont plus ou moins tenté d'alerter les candidats, ont élaboré des plate-formes de souhaits et de revendications, cette rubrique **KALEIDOSCOPE brèves & actualités** sans prétendre être exhaustive s'efforce de vous signaler et vous rapporter pour libre appréciation la teneur de quelques-unes des très nombreuses propositions souvent, évocatrices de « territoires ».

Les difficultés d'accès aux soins, soins non programmés et urgences notamment, sont depuis plusieurs années dénoncées qu'il s'agisse des soins en ville ou à l'hôpital par les patients comme par les professionnels. L'hôpital est plus particulièrement l'objet de critiques relatives à son organisation, et ses lits, à son financement, à sa gouvernance, et en corollaire à une baisse d'attractivité professionnelle et peut être surtout de fidélisation. On le dit à « bout de souffle » et pourtant face à la crise de la pandémie, se surajoutant aux précédentes - de moyens, d'identité, de valeurs ... - l'hôpital a néanmoins démontré sa capacité à s'adapter, se réinventer ... fruit d'une véritable conscience professionnelle de tous ses acteurs quand bien même le système serait à refonder.

Le CNKS ne cesse de le dire (c'est d'une telle évidence !) : il n'existe pas d'hôpital ... sans hospitaliers ! Il n'existe pas d'établissement de santé sans professionnels de santé. (A ce titre il est intéressant de relire les titres des différentes lois de réforme hospitalière ...).

Les communiqués, les livres, les rapports, les protocoles et mesures, nombreux depuis des années, et les très - trop ? - nombreuses réformes de ces 30 dernières années ne semblent pas avoir stabilisé l'aiguille de la boussole.

Dans son livre « **Hôpital : un chef-d'œuvre en péril** » (Fayard, mars 2022), Mathias Wargon, urgentiste, chef du service des urgences et du SMUR de l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis (93) et président de l'Observatoire régional des soins non programmés d'Île-de-France fait un constat sans concession de l'hôpital et suggère des pistes pour le réformer au sein du système de santé.

Un livre de plus ? Un livre, très actuel, qui comme d'autres mérite d'être lu.

Tout comme mérite d'être lue cette très récente publication : Ce texte a été adopté par consensus par Isabelle Adenot, Élisabeth Bouvet, Pierre Cochat, Catherine Geindre, Cédric Grouchka, Dominique Le Guludec, Valérie Paris, Christian Saout

Lettre ouverte du Collège de la HAS à tous ceux qui œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements (Document) 31/03/2022

Les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, à l'occasion des travaux qu'ils mènent avec la Haute Autorité de santé (HAS), l'alertent régulièrement sur les difficultés qu'ils rencontrent. Difficultés des professionnels à délivrer aux patients et aux personnes accueillies une qualité des soins et des accompagnements à la hauteur de ce qu'ils souhaiteraient. Sentiment des usagers que le système de santé apporte de moins en moins de réponses adaptées à leur quotidien et leurs besoins. Exacerbées par la crise sanitaire, ces difficultés sont en réalité systémiques.

Dans ce contexte, le Collège de la HAS adresse une lettre ouverte à tous ceux qui ont à cœur de se mobiliser pour une meilleure qualité des soins et des accompagnements. Il y pointe les enjeux prioritaires à ses yeux et formule en regard des propositions de nature à nourrir le débat.

La Haute Autorité de santé, organisme indépendant à caractère scientifique, s'est vu confier par le législateur 19 missions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements dans les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Aujourd'hui, les acteurs que nous côtoyons dans l'exercice de ces missions nous font part des difficultés qu'ils rencontrent.

Les professionnels, notamment de l'hôpital public et des établissements sociaux et médico-sociaux, nous alertent sur leur incapacité à délivrer des soins ou des accompagnements de qualité. Les représentants d'usagers et de personnes accompagnées, de leur côté, expriment le sentiment que le système de santé s'éloigne de leur vie et de leur quotidien, à la fois en distance et en temps, et que les professionnels sont de moins en moins disponibles.

La mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles, que ce soit dans le champ sanitaire, social ou médico-social, se heurte régulièrement à la question de leur applicabilité.

En réaction à ces alertes, le Collège de la HAS a souhaité non seulement exprimer son inquiétude quant à la capacité du système à dispenser des soins et à assurer des accompagnements de qualité sur l'ensemble du territoire, mais aussi attirer l'attention sur quelques éléments qu'il juge essentiels au maintien et à l'amélioration de la qualité de ces soins et accompagnements.

.../...

Le système de santé et le secteur médico-social français font face à des enjeux cruciaux. La plupart sont bien identifiés et reçoivent l'attention des pouvoirs publics, les solutions doivent être à la hauteur des besoins et des attentes.

Le premier enjeu concerne les ressources humaines

Du côté des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les pénuries de personnel s'accroissent. Les acteurs du secteur estiment qu'environ 5 à 10 % des postes d'infirmiers sont vacants dans les établissements de santé et qu'au moins 13 % des postes d'aides-soignants sont vacants dans les Ehpad. Plus d'un tiers des postes de praticiens hospitaliers ne sont pas pourvus à l'hôpital public et un tiers des Ehpad n'ont pas de médecin coordinateur ; le secteur de la protection de l'enfance a également du mal à recruter.

Dans les établissements, ces pénuries compromettent inévitablement la qualité des soins et des accompagnements. Le lien entre encadrement médical et paramédical et qualité des soins est en effet bien établi, tout comme l'importance d'équipes stables partageant une culture commune de qualité et sécurité des soins.

Une enquête régionale révèle que seulement un tiers des soignants considèrent que les effectifs sont suffisants pour assurer des soins de qualité optimale. Ces pénuries de personnel contribuent également à la dégradation des conditions de travail des professionnels restant en poste, accentuant ainsi la pénibilité des métiers. Enfin, dans tous les secteurs, le manque de personnel conduit parfois à fermer lits, places et services, voire à suspendre certaines activités.

En ville, la répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire compromet l'accès aux soins. Bien qu'il soit objectivement difficile de quantifier un « bon niveau » d'accès aux soins, près d'un cinquième de la population vit dans des territoires insuffisamment dotés en professionnels de premier recours et 1,7 million de personnes (3 %) sont très défavorisées pour l'accès aux trois professions de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes).

Sept généralistes sur dix estiment que l'offre de médecins dans leur zone d'exercice est insuffisante, huit sur dix éprouvent des difficultés à répondre aux attentes et trois sur dix déclarent rencontrer des obstacles pour adresser leurs patients à des spécialistes – notamment dermatologues, ophtalmologues et psychiatres – du fait des délais d'attente.

Le temps d'accès aux soins urgents est parfois trop long, conduisant à des pertes de chances pour les patients. En 2016, seulement 58 % des patients pris en charge pour AVC étaient arrivés dans un délai compatible avec une thrombolyse et 56 % de ces patients avaient bénéficié d'une imagerie dans l'heure suivant leur admission. Pour les personnes en situation de handicap, les difficultés d'accès aux soins sont multipliées et plusieurs professionnels nécessaires à leur prise en charge sont en sous-effectif sur l'ensemble du territoire (par exemple les orthophonistes).

Les tendances démographiques actuelles, pour les professionnels de santé comme pour la population générale, ne feront qu'accroître la pression dans les années à venir.

.../...

Le second enjeu est celui de l'organisation et des modes de financement

Le fonctionnement du système de santé ne garantit pas toujours la pertinence et la qualité des soins. Certains patients ne reçoivent pas tous les soins nécessaires. À titre d'exemple, seulement une minorité des parcours de soins des patients atteints de BPCO sont conformes aux recommandations pour la prise en charge de cette pathologie. De même, les problèmes somatiques des personnes souffrant de pathologies psychiatriques graves sont trop souvent ignorés.

À l'opposé, les diagnostics et traitements non pertinents ne sont pas rares. Par exemple, deux tiers des thyroïdectomies sont réalisés sans cytoponction préalable et ont conduit à une supplémentation en hormones thyroïdiennes chez plus de la moitié des patients opérés pour un nodule bénin. Près de la moitié des résidents des Ehpad prennent des anxiolytiques ou des antidépresseurs alors que ces médicaments sont à éviter autant que possible chez les personnes âgées. Les événements indésirables graves liés aux soins dans les établissements de santé sont encore trop nombreux et la moitié d'entre eux – soit 150 à 350 par jour – sont considérés comme évitables.

Les personnes les plus précaires ou en situation de handicap rencontrent des problèmes spécifiques d'accès aux soins, même lorsqu'elles sont accompagnées par des services sociaux. Les enfants protégés tardent à accéder au soutien psychique dont ils ont pourtant grand besoin.

Tous ces dysfonctionnements ont de multiples causes, notamment le manque de coopération et de coordination entre secteurs ambulatoire et hospitalier, et entre secteurs sanitaire et médico-social ; mais aussi les modes de financement qui rémunèrent l'activité plutôt que la qualité ou la pertinence des soins.

Ces enjeux cruciaux appellent des réponses urgentes

Rendre les métiers du social et du médico-social attractifs. La ressource humaine est une composante essentielle des soins et des accompagnements et le restera, même si les technologies sont amenées à jouer un rôle croissant dans le système de santé. Les rémunérations et plans de carrière doivent permettre d'attirer et de retenir un personnel qualifié et motivé, essentiellement dans le public, mais aussi parfois dans le privé. Les efforts engagés lors du Ségur de la santé doivent être poursuivis et notamment cibler les infirmiers et les aides-soignants. Pour ces personnels, dont les obligations de service sont particulièrement contraignantes, il faut prioriser des conditions de vie acceptables (temps de trajet domicile-travail, garde d'enfants, aide aux transports, etc.), avec un effort accru pour les villes où la pression sur le parc locatif est élevée.

En parallèle, les métiers du médico-social et du social appellent un investissement financier majeur, principalement en ce qui concerne les éducateurs spécialisés et accompagnants éducatifs et sociaux. Ces professions doivent être revalorisées, en termes financiers bien entendu, mais aussi en termes d'image et de représentations.

Assurer une bonne utilisation de ces ressources humaines, en faisant intervenir chaque professionnel là où sa plus-value est optimale. Cela suppose un élargissement des compétences paramédicales et une reconnaissance des nouveaux rôles : notamment, les infirmiers de pratique avancée (IPA) devraient pouvoir intervenir dans de nouveaux domaines (gériatrie, urgences, etc.) et être rémunérés en adéquation avec la formation complémentaire demandée. .../...

Le déploiement des assistants médicaux, en priorité dans les régions sous-dotées en médecins, devrait être poursuivi. De même, les professionnels socio-éducatifs pourraient voir leur mission évoluer, pour contribuer à l'avènement d'une société plus inclusive.

Donner aux professionnels les moyens de dispenser des soins de qualité. Au-delà des moyens matériels et humains nécessaires pour prodiguer des soins de qualité, les professionnels de santé doivent pouvoir bénéficier du renforcement des formations actuelles, initiale et continue, ainsi que de la possibilité d'évaluer leurs pratiques de façon simple et efficiente. Ceci suppose la mise au point d'indicateurs de pertinence et de qualité des soins et des parcours, le suivi de ces indicateurs à partir des bases de données et le retour aux professionnels, aux établissements et aux décideurs. La mise en évidence d'écarts par rapport à la moyenne ou par rapport à une norme de bonne pratique permettrait aux professionnels et aux pouvoirs publics d'en analyser les causes et de tout mettre en œuvre pour remédier aux écarts injustifiés.

Améliorer l'accès aux soins sur les territoires par un éventail de mesures.

- Donner plus de moyens financiers et de leviers opérationnels aux ARS pour répondre aux besoins spécifiques de leurs territoires, en particulier lorsque ceux-ci sont sous-dotés. Parallèlement, les ARS pourraient s'appuyer plus fortement sur leurs délégations départementales pour être plus proches du terrain et des acteurs, notamment pour améliorer l'articulation entre les secteurs public et privé.
- Développer les téléconsultations accompagnées par un professionnel de santé pour faciliter l'accès aux soins lorsque cela est possible et pertinent. Des espaces dédiés pourraient être créés au sein des structures de soins (pharmacies, Ehpad, etc.).

- Augmenter de façon substantielle le nombre de Smur^[13] (390 aujourd'hui)^[14], selon une répartition isochrone, pour assurer un accès équitable à un transport urgent. Ces antennes Smur feraient partie intégrante d'une équipe hospitalière, mais ne seraient pas forcément adossées à des établissements hospitaliers et pourraient se trouver localisées en tout lieu permettant de couvrir la population concernée. Le nombre de médecins urgentistes étant limité, la formation spécifique d'IPA permettrait une mise en œuvre accélérée de ce fonctionnement des urgences.

- Les services d'urgence accueillent près de 22 millions de passages par an et la pression ne diminue pas. Au-delà de la nécessaire consolidation de la permanence des soins sur les territoires, il serait intéressant de restructurer les urgences afin de libérer du temps pour les médecins urgentistes. Au sein des services d'urgence hospitaliers, une consultation de médecine générale pourrait prendre en charge les 10 à 20 % de personnes venant aux urgences et qui n'ont finalement pas besoin d'examen d'imagerie ou de biologie. Le déploiement de gestionnaires de lits pourrait aussi être envisagé.

Repenser l'organisation globale au sein des établissements.

Les médecins chefs de service et de pôle devraient être plus impliqués dans l'organisation de leurs unités et bénéficier d'une plus grande autonomie dans la gestion des ressources humaines, de la recherche clinique et d'un budget dédié. Prendre des décisions à un niveau plus proche des services pourrait les rendre plus adaptées, plus compréhensibles et donc plus efficaces.

.../...

Reposer la question des normes d'encadrement pour assurer un niveau de qualité minimum.

Dans les établissements hospitaliers, des recommandations d'encadrement pourraient être formulées pour bon nombre de services dépourvus de normes, ainsi que des indicateurs de stabilité des équipes soignantes, pour inciter à ne recourir qu'exceptionnellement à la polyvalence ou aux intérimaires. Pour les établissements médico-sociaux, notamment les Ehpad, la marge de progression est telle qu'il nous semble indispensable d'imposer une norme règlementaire pour le nombre minimum de professionnels par résident (hormis les personnels administratifs). Dans l'ensemble du système, *les modes de financement des professionnels et établissements nécessitent une attention particulière et des ajustements réguliers* pour corriger au plus vite les incitations ayant un effet délétère sur la pertinence et la qualité des soins. De nombreuses expérimentations sont en cours pour évaluer de nouveaux modes de rémunération. Les plus prometteurs devront pouvoir être rapidement adoptés et généralisés.

La santé publique et la prévention méritent une attention accrue.

Celle-ci pourrait se concrétiser sous la forme de plans pluriannuels, assortis d'une programmation dont le suivi régulier et la mesure d'impact seraient visibles pour le grand public comme pour les évaluateurs ou les corps de contrôle. À court terme, un focus national sur la prévention dans l'enfance – périnatalité, dépistage néonatal, médecine scolaire, PMI, aide sociale à l'enfance – serait souhaitable, tant les conditions de vie dans l'enfance sont déterminantes pour la santé. Il est également primordial d'aider les professionnels de santé à intégrer les mesures de prévention dans leur exercice quotidien.

Un professionnel désireux d'inscrire dans sa pratique les démarches de prévention recommandées se heurte à plusieurs écueils : l'absence de documents synthétiques regroupant toutes ces sollicitations, la pression du temps et le manque de moyens pour cibler les patients auxquels porter attention, un mode de rémunération qui ne valorise pas ces démarches. Enfin, la santé publique ne se limite pas à la prévention des comportements à risque (alimentation, addictions, etc.), même si celle-ci reste essentielle. Les déterminants sociaux de la santé sont très importants. Il faut donc lutter contre la tentation de substituer à une action collective traitant des causes sociales une approche culpabilisante faisant peser sur les individus la responsabilité de leurs difficultés et envisager des politiques plus globales. Il nous semblerait utile de confier à un délégué interministériel à la prévention en santé la mission de favoriser, coordonner, suivre et communiquer sur ces politiques de réduction des risques sanitaires évitables.

Multiplier les opportunités de prendre en compte les préférences des patients, des personnes accompagnées et des usagers, et de profiter de leur expérience.

Dans un système qui se revendique centré sur la personne, il serait intéressant d'envisager des partenariats entre usagers, professionnels et établissements, par exemple au niveau régional, ainsi que l'intégration de patients partenaires aux équipes soignantes dans l'ensemble des établissements de santé et le développement de la pair-aidance et des travailleurs pairs dans les ESSMS. Dans ces derniers, le changement de paradigme dans l'accompagnement des personnes nécessite une formation à l'autodétermination. Dans la santé comme dans le social, l'intégration des usagers dans la formation initiale et continue des professionnels pourrait être d'une grande richesse.

BPCO : des indicateurs de qualité pour évaluer le parcours de soins des patients

(Communiqué de presse 04/04/2022 HAS, Assurance maladie EXTRAITS)

« La BPCO, bronchopneumopathie chronique obstructive, est une maladie chronique qui touche 3 millions de personnes après une exposition prolongée au tabac ou à des produits toxiques ou irritants.

...la HAS a pour la première fois mesuré 7 de ces indicateurs à partir du SNDS (Système national des données de santé), aux niveaux national et régional.

Elle publie, le 4 avril, les résultats à l'attention des professionnels de santé, des tutelles et des représentants de patients pour déployer sur le terrain des plans d'actions en adéquation avec le contexte local. Une expérimentation va ainsi démarrer en avril dans les Hauts-de-France.

.... La coordination entre professionnels de santé et un suivi adapté sont de nature à améliorer sensiblement la prise en charge et la qualité de vie des patients.

Après avoir publié le parcours de soins en 2020 et mené un travail d'identification des indicateurs qui permettaient de mesurer la qualité des soins proposés aux personnes à risque ou atteintes de BPCO, la HAS présente aujourd'hui les résultats inédits de 7 de ces indicateurs, ...

Des améliorations nécessaires dans le parcours de soins, identifiées grâce aux indicateurs de qualité

La HAS a mesuré 7 indicateurs à différentes étapes de la prise en charge : dépistage, prise en charge des patients stables, suivi après hospitalisation.

Les résultats montrent que des améliorations sont à mettre en œuvre à toutes ces étapes du parcours de soins des personnes à risque ou atteintes de BPCO,

...

La prévention

1. Le dépistage de la BPCO par la réalisation d'une spirométrie ou d'explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) ...

La prise en charge des patients stables

2. La vaccination contre la grippe des patients atteints de BPCO

3. La réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) ou d'une spirométrie annuelle chez les patients atteints de BPCO ...

Le suivi médical après hospitalisation

4. Le suivi médical des patients dans les 7 jours après une hospitalisation ...

5. Le suivi par le pneumologue dans les 60 jours après une hospitalisation

6. La délivrance remboursée d'un traitement de bronchodilatateur de longue durée d'action dans les 90 jours après une hospitalisation

7. Les soins de rééducation dans les 90 jours après une hospitalisation

Des outils mis à la disposition des acteurs de terrain

Une action pilote en région Hauts-de-France..... »

En savoir plus

et consulter le communiqué intégral :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3329428/fr/bpcodes-indicateurs-de-qualite-pour-evaluer-le-parcours-de-soins-des-patients

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3115145/fr/bpcodiagnostic-et-prise-en-charge

Service de presse de la HAS : contactpresse@has-sante.fr

Service de presse de la Cnam : presse.cnam@assurance-maladie.fr

INTERESSANT A SAVOIR

Sécur de la Santé : le CHU de Nantes signe un accord collectif local. Il acte des mesures concrètes en faveur de l'emploi et des conditions de travail des personnels **(Communiqué de presse 28/03/2022)**.

Dans le cadre du dernier volet du Sécur de la santé, le CHU de Nantes annonce, ce 28 mars, la signature d'un accord avec les organisations syndicales CGT, CFDT, FO, CGC-CFE (Acteurs Santé).

Cet accord est marquant par :

- l'ampleur des montants alloués, issus du Sécur de la santé : 2,5M € pour 2022,
- la méthode collective adoptée pour son élaboration et son suivi.

Souhaitant aller au-delà des moyens obtenus dans le cadre du Sécur, la direction du CHU investit 500 000 € sur crédits propres. Objectif : lutter durablement contre les troubles musculo-squelettiques par l'installation de rails plafonniers supplémentaires dans 250 chambres.

Trois mesures fortes pour l'emploi et les rémunérations des personnels hospitaliers :

- la création de 20 postes pour renforcer les équipes de suppléances et compenser l'absentéisme ;
- la résorption de l'emploi précaire par la mise en stage de 665 personnels contractuels, au lieu des 465 prévus initialement en 2022 ;
- la révision du niveau de rémunération à l'embauche de toutes les Infirmières Diplômées d'Etat et Aides-Soignantes contractuelles, à partir du 1er juin. Leur rémunération sera alignée sur le salaire des grilles Sécur des personnels titulaires.

Un dispositif de suivi original associant les parties prenantes signataires

Fait marquant, les parties prenantes ont décidé la création d'un comité de suivi. Sa mission sera de veiller, en 2022, au respect de la mise en œuvre des mesures et, dès 2023 et 2024, de participer aux négociations des futurs crédits qui seront alloués. Il est composé de membres désignés par les organisations syndicales signataires et représentants de la direction du CHU.

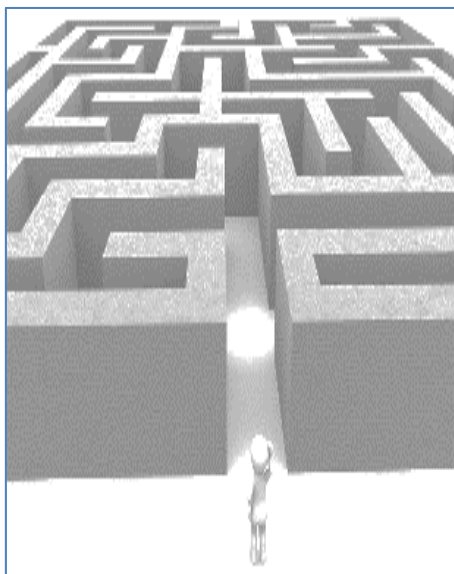
En complément et sur les propres crédits du CHU, le protocole prévoit l'installation de rails plafonniers supplémentaires pour prévenir les troubles musculo- squelettiques des personnels.

Le CHU est particulièrement engagé dans la prévention des TMS qui constitue un axe majeur de sa politique des risques professionnels : équipements légers de manipulation, éveil musculaire, formations et sensibilisations, etc. L'accord vient renforcer cette politique en doublant le nombre de rails plafonniers, afin d'aider à la mobilisation des patients.

Ils seront installés dans les services d'hospitalisation conventionnelle de médecine et de chirurgie de l'Hôpital Nord-Laennec et de l'Hôtel-Dieu. Le nombre de lits équipés dans chaque unité sera déterminé, avec le personnel soignant, au regard du degré d'autonomie des patients pris en charge. A titre d'exemples, les services particulièrement concernés seront l'orthopédie, l'ortho-gériatrie, la neuro-traumatologie et la médecine interne à l'Hôtel Dieu, la médecine aiguë gériatrique et l'endocrinologie à l'Hôpital Nord-Laennec. Ces nouveaux rails s'ajoutent à ceux déjà installés dans un service de réanimation, en gériatrie sur le site de Beauséjour, en médecine physique et réadaptation (Saint-Jacques) et dans les blocs opératoires (Hôtel-Dieu).

Contact : service.communication@chu-nantes.fr

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), autonomie-indépendance, fonction-mission, décret de compétences-décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession, métier-profession, garde-astreinte, emploi-grade, territoire, ...

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 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.

Territoire(s)

jeu(x) d'échecs ou jeu(x) de go ?

Définir un, des ou le(s) territoire(s) peut-il être, ou se résumer à, une « simple » question d'arpents et de bornes ? ou d'espace, de temps et d'activité
Faut-il parler de Territoire(s) & / ou de Champ(s) & / ou de Domaine(s) & / ou de Discipline(s) quand on veut exprimer les activités et leurs acteurs ? Au-delà d'expressions relativement connues (telles « territoires de santé », « CPTS Communautés Professionnelles Territoriales de Santé » ...) d'autres sujets, objets de vrais ou de faux enjeux, emploient et recouvrent de fait - si ce n'est juridiquement, légalement ou réglementairement - la notion de « territoire ».

Kinéscope se propose d'explorer cette notion de façon « macro », à 360 ° **en regard du système de santé** dans cette 1^{ère} partie, « méso » en regard **des liens interprofessionnels** en 2^{ème} partie dans **KINESOCPE n°19** et de façon « micro » en regard des **territoires intraprofessionnels** dans **KINESCOPE n°20**.

Apparu dans la langue française au cours du XIII^e siècle venant du latin *territorium*, qui dérive de *terra*, « terre », signe une « *étendue de pays qui ressort à une autorité ou à une juridiction quelconque* » ou comme l'indique Alain Rey, dans le *Dictionnaire historique de la langue française* « *étendue sur laquelle vit un groupe humain* ».

Mais au-delà des territoires d'historiens - ceux qui sont objet de conquêtes, d'invasions, d'appropriations, d'expropriations, ... - et des territoires de géographes qui viennent facilement à l'esprit, nombreux autres territoires sont décrits, observés, fabriqués par les sociologues, les urbanistes, les juristes, les éthologues et les anthropologues, et les fabulistes (rat des champs et rat des villes) à l'aune de leurs lunettes ; des territoires dessinés qui se superposent ou pas, se croisent ou pas, se mêlent ou pas, se tangentent ou pas, se reconnaissent ou se nient, s'opposent ou s'allient ... du fait de « frontières » et de « flux », de « parcours » en leur sein, à leurs confins, ou entre eux.

Territoire (latin *territorium*) est selon LAROUSSE une « *portion de l'espace terrestre dépendant d'un État, d'une ville, d'une juridiction ; espace considéré comme un ensemble formant une unité cohérente, physique, administrative et humaine, par exemple le territoire national. Mais c'est aussi une « étendue dont un individu ou une famille d'animaux se réserve l'usage* ».

C'est encore un « *espace relativement bien délimité que quelqu'un s'attribue et sur lequel il veut garder toute son autorité : sa chambre, c'est son territoire* ».

C'est enfin toujours selon le LAROUSSE un « ensemble des organes, des muscles et des portions cutanées auxquels se distribuent un vaisseau ou un nerf ». Cette dernière acception anatomo-physiologique appliquée au corps n'est pas la seule employée dans le domaine de la santé. La territorialisation de la santé, de l'administration de la santé, existe depuis longtemps : il y eut par exemple les DDASS, DRASS, les ARH, puis ARS. Mais en intra-hospitalier au-delà des services et unités fonctionnelles furent inventés les départements puis les pôles : encore et toujours du vocabulaire emprunté à la géographie !

Empruntées à la première acception de la définition ci-contre ces « espaces et leurs limites » ont plus souvent qu'à leur tour contribué à édifier des châteaux forts - et leurs féodalités associées – plutôt qu'à construire des ponts ou des cloisons mobiles.

En termes de ressources humaines - quel que soit le secteur d'activité - « polyvalence ou spécialisation » sont les plateaux d'une balance dont le fléau ne cesse de balancer influençant les politiques publiques dans tous les domaines y compris celui de la santé et générant combats et guerres de territoire(s) dont in fine c'est avant tout le bénéficiaire qui en fait les frais.

Mais avant d'aller plus loin - spécifiquement sur le(s) territoire(s) en santé - un détour par d'autres acceptions disciplinaires du ou des territoire(s) s'impose.

Territoire(s) : un objet d'étude très courtisé par les Sciences Humaines et Sociales

Daniel Nordman, dans le *Dictionnaire de l'Ancien Régime* [3] attribue au territoire trois caractéristiques :

- appropriable,
- possédant des limites
- portant un nom toponyme ou anthroponyme.

Il résume sa conception ainsi : « Un territoire est donc un **espace** pensé, dominé, désigné. Il est un produit culturel, au même titre qu'un paysage est une catégorie de la perception, que l'homme choisit à l'intérieur d'ensembles encore indifférenciés. »

Le « territoire »
est un « espace »

Les réalités, ou plutôt les entités géographiques, déterminées par les hommes et leurs systèmes, prendront en France bien des dénominations au cours de l'histoire ; en raccourci et non exhaustif : les pays, les duchés, les comtés, les provinces, ... puis les régions et leurs départements (mesurés à l'étalon de la journée de cheval) avant de laisser la vedette au « territoire », dès 1963 (création de la Délégation à l'Aménagement du Territoire) et une forte utilisation de ce terme dans les années 1980.

Mais les réalités « administratives » ne collent pas toujours à la réalité - pérenne ou variable voire éphémère - de « pays », de bassins de vie. Pour Maryvonne Le Berre (6) « Le territoire peut être défini comme la portion de la surface terrestre, appropriée par un groupe social pour assurer sa reproduction et la satisfaction de ses besoins vitaux. C'est une entité spatiale, le lieu de vie du groupe, indissociable de ce dernier ».

Le « territoire » est
un « lieu de vie » du groupe

Ce n'est donc pas seulement un « périmètre » bordé par des frontières naturelles de type montagnes, vallées, forêts, fleuves, ... c'est aussi le fruit de la volonté humaine et dès lors ce territoire devient terrain et terreau d'enjeux de maîtrise, de domination, de possession : « le pouvoir de l'huissier » celui qui garde l'huis et de ce fait permet ou pas le passage ! Et inévitablement tout territoire est objet de convoitise patrimoniale dont chaque occupant successif aura pris le soin de circonscrire par sa langue, son verbiage, son jargon

Territoire(s) : ... une question de point de vue ?

L'Etat dans ses missions et fonctions régaliennes est le garant de l'intégrité du territoire, de sa préservation d'intrusions étrangères et de son développement.

Dans le Dictionnaire « la ville et l'urbain » Richard Kleinschmager indique que dans d'autres domaines pas forcément considérés comme régaliens « *La tendance est nettement à identifier les notions de territorialisation et de spatialisation, s'agissant de nombre de processus sociaux comme la criminalité, la pauvreté, la ségrégation sociale, les appartenances nationales ou le vote par exemple. Ces territoires dessinent des territoires multiples dans l'urbain qui ne recoupent que très rarement les découpages administratifs dans lesquels pourtant les diverses politiques les concernant sont fréquemment projetées* ».

... Territoires de juristes

Le Droit, avec sa hiérarchie des sources, encadre - c'est à dire contraint et autorise - régit tout. Le Dictionnaire Larousse nous indique que c'est tout à la fois « *un ensemble des règles qui régissent les rapports des membres d'une même société, une Science qui a pour objet l'étude de ces règles, une faculté légale ou réglementaire reconnue par*

une autorité publique, d'agir de telle ou telle façon, de jouir de tel ou tel avantage » ... mais aussi « *ce qui confère un pouvoir, une prérogative, un titre, une autorité, considérés comme légitimes* ». C'est donc un ensemble des dispositions interprétatives ou directives qui à un moment et dans un Etat déterminés, règlent le statut des personnes et des biens, ainsi que les rapports que les personnes publiques ou privées entretiennent.

Les juristes qui en sont les artisans et les garants ont pour mission d'en circonscrire les périmètres mais aussi les objets ou sujets d'application.

Apparaissent ici intimement intriquées aux « territoires » les questions « d'identité et de propriété ». Et là encore comment ne pas référer aux sujets récurrents des frontières entre les missions, activités et actes des professionnels de santé nommés depuis des lustres « glissements de tâches » entre autres avant que d'être « organisés » en délégations de tâches et de protocoles de coopération ?

Le phénomène « d'ubérisation », que certains dénomment « dérégulation » en référence à une ordre établi qui serait ou devrait être immuable, gagne tous les registres de l'activité et de la vie humaine et des biens et services. Les frontières y sont abolies, les droits étendus ou substitués par l'us et la coutume. Difficile dès lors de circonscrire par un même droit des territoires, espaces, zones – géophysiques, activités ou populationnels – en concurrence voire en rivalité. Les frontières explosent, les territoires se superposent, le virtuel supplante le réel, ... les propos, les actes deviennent « hors sol » sans ancrages

**Le « territoire » est enjeu
d'identité et de propriété**

.... Territoire(s) d'anthropologues et d'éthologues

Sans avoir le temps ni l'espace de le développer nous ne pouvons omettre que l'éthologie aussi, la « science du comportement des animaux » nous rapporte par l'observation de leurs choix et de leurs occupations de leurs divers territoires des éclairages sur certains comportements des humains.

Et à cette observation du vivant animal le biomimétisme en plein développement viendra certainement compléter ces parallèles ?

Erving Goffman pose les territoires comme « *variant selon leur organisation* » ; Robert Sommer les envisage soit fixes, tracés, limités et bornés, soit mobiles et mouvants, variables et changeants de « type espace personnel » temporaire et conjoncturel dans une foule, dans un moyen de transport, s'intéressant plus avant aux « marqueurs » de séparation des territoires de chacun...

A cet égard comment ne pas référer aux mesures « barrières » que la pandémie Covid a généré par l'utilisation des masques, des plexiglass et la distanciation sociale nombre d'espaces distendus de type « no man's land » ?

Edward hall dans « La dimension cachée » énonce le concept de proxémie ... qui n'est pas étranger aux professionnels de santé en règle générale dans la délicate approche du corps du patient ; l'écart souhaité entre deux territoires personnels est le fruit de la culture et de l'histoire de chacun.

...Territoire(s) sanitaire et social

Vaste(s) sujet(s) qui tiennent aux évolutions d'une part de la société en termes d'attentes, de besoins et d'autre part des systèmes politiques et de l'offre organisée dessinant ainsi un seul et même grand territoire ou plusieurs fractionnés voire fracturés.

Ce qui est certain c'est que dès lors que ces domaines, et activités afférentes, concernent des gens, des populations que ce soit individuellement ou collectivement, l'emprise est localisée, territorialisée.

Mais cette territorialisation reste parfois relativement complexe voire diaphane. Appartenir comme acteur ou relever comme bénéficiaire de « la petite enfance » ou encore « du handicap » est tout à la fois un territoire abstrait et un territoire géographique par l'adresse postal du service. C'est une des raisons des plaidoyer pour le « guichet unique ».

Hôpitaux, cliniques, SSR, cabinets libéraux, HAD voire Soins aux domiciles des patients sont aussi les territoires mouvants de politiques publiques ... évolutives au gré des (r)évolutions multifactorielles et protéiformes : politiques, scientifiques, technologiques, financières, sociétales.

Pour Eric Roussel, MKDE, puis CDS MK, puis DS puis DH,
invité au séminaire du conseil d'administration 2 avril 2022 :

« les différentes crises (recrutement, sanitaire et identitaire) nous enseignent que l'on ne peut plus penser les territoires de santé sans penser les flux entre les territoires »

.... Territoire(s) du monde de la santé

Au-delà de la Loi HPST (Hôpital Patient Santé **Territoire**) et des Groupements Hospitaliers de **Territoire** ... territoire et territorialisation de la santé ne datent pas d'hier. Dès la Loi de 1970 et suivantes sans forcément employer le mot des niveaux de « territorialisation » sont de fait explicitement désignés soit par des administrations (DDASS et DRASS) soit par des schémas d'organisation (SROSS). Le rapport Territoires et accès aux soins (2003,) est intéressant - 20 ans plus tard - à relire et à relier à la réflexion proposée ici.



Quelques extraits de l'introduction de ce rapport

« Ayant pour but d'assurer une répartition géographique des structures et des services permettant de répondre aux besoins des populations résidentes, toute démarche de planification de l'offre de soins est nécessairement ancrée sur des territoires. La planification hospitalière a ses territoires officiels : depuis l'instauration de la carte sanitaire en 1970, le secteur sanitaire est l'unité de base du découpage géographique. Le découpage actuel date, pour la majorité des régions, du premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en 1994. La psychiatrie, quant à elle, fait l'objet d'un découpage spécifique, à une échelle plus fine. Un troisième territoire, le bassin de santé, est apparu plus récemment dans la loi, mais sans que son contenu et son utilisation n'aient été définis. Depuis une dizaine d'années, avec l'expérience née de deux générations de SROS mais aussi d'autres démarches, la réflexion sur les territoires s'est enrichie et diversifiée. L'expertise technique se développe pour définir des zonages intégrant les habitudes de vie et de déplacement des populations (aires urbaines, zones d'emploi, bassins d'attraction de services...). D'autres approches se fondent sur des " territoires de projets " ou " réseaux

d'acteurs ". De nouvelles préoccupations de répartition de l'offre suscitent des approches territorialisées, comme la question de l'installation des médecins généralistes, et au-delà des questions d'offre, des politiques de santé publique intègrent de plus en plus cette dimension territoriale (programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins). Faut-il, à partir de ces évolutions, repenser les territoires de la planification hospitalière ? Sont-ils toujours pertinents, ou doit-on les faire évoluer ? Comment les articuler avec les découpages définis par ailleurs dans le secteur de la santé et du social ? Tout le monde s'accorde aujourd'hui en effet sur la nécessité, au moins dans la réflexion, de dépasser des logiques très cloisonnées pour embrasser l'ensemble de l'offre, et, au-delà, élargir la problématique à la prévention et à des approches en termes de santé des populations. Le territoire peut-il être un instrument de cette cohérence ? Faut-il aller encore plus loin et questionner l'existence de découpages spécifiques au secteur de la santé ?

L'ensemble de ces questions a constitué le fil conducteur de la réflexion du groupe, et peut se résumer ainsi : quels territoires ? Pour quels objectifs ? Comment les définir ? »

... et extrait du premier chapitre de ce rapport (à consulter !)

Des territoires, pour quoi faire ?

• TERRITOIRES D'ACTION, TERRITOIRES D'OBSERVATION

« Des géographes ont popularisé la distinction entre « territoire de pouvoir » et « territoire de savoir », en opposant des zonages correspondant à des compétences légales à des zonages construits pour refléter les comportements de vie (habitat, travail, déplacements dans l'espace) des populations. L'exemple des découpages successifs définis par l'INSEE pour rendre de compte de l'évolution du phénomène urbain en fournit une illustration dans l'encadré page suivante. Cette idée peut être reprise pour les territoires de la planification sanitaire, afin de clarifier la manière dont peut être utilisé un territoire. Cette clarification préalable n'est pas inutile à un moment où la notion de territoire est devenue très populaire et où les découpages cartographiques se multiplient, jusqu'à créer parfois une certaine confusion. Partant de la distinction précédente en la modifiant quelque peu, nous distinguerons des territoires d'action et des territoires d'observation (schéma page suivante). Les

territoires d'action Il est tout d'abord important de distinguer le niveau auquel s'élabore une politique (en l'occurrence, le niveau régional, dans le cadre des orientations nationales) du niveau de sa mise en œuvre, qui est évidemment infra-régional. C'est bien sur ces espaces opérationnels de mise en œuvre que porte la réflexion du groupe. On peut distinguer trois types de territoires d'action (au sens : espaces de mise en œuvre des politiques) : – des territoires administratifs, définis par les textes, et auxquels sont attachés des instruments de régulation, c'est-à-dire que sur ces territoires des institutions ont des compétences (légales, réglementaires) en termes d'aménagement, d'allocation de ressources, de décisions budgétaires, de définition de normes... En matière de planification hospitalière, ce sont essentiellement les secteurs sanitaires et les secteurs psychiatriques. La notion de bassin de santé figure en tant que telle dans les textes, mais elle n'est pas définie à l'heure actuelle et aucun instrument de régulation ne s'y attache ».

Le mot « zone » a lui aussi fait l'objet d'emplois dans bien des secteurs et domaines d'activités : les ZEP, les ZAC ... jusqu'à être utilisé dans le domaine de la santé. La Loi 2019_1446 du 24 décembre 2019 indique que le Directeur Général d'une ARS détermine par arrêté ... les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante puis les répartit en ZIP (zone d'intervention prioritaire plus fragile) ou en ZAC (zone d'action complémentaire moins fragile que la ZIP (... et à ne pas confondre avec les Zones d'Activités Commerciales !)). La maille d'action retenue est le « territoire de vie-santé », découpage construit en fonction des possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien. Le territoire de vie-santé, sur plusieurs départements ou régions, regroupe en général une ou plusieurs communes : ainsi, il reflète l'organisation des déplacements courants sur ce territoire.

NDLR : TERRITOIRES & FLUX !
à suivre dans K19 (mai) et K 20 (juin)



RETOURS & PARTAGES EXPERIENCES

KINESITHERAPIE SALARIEE EN SECTEUR HOSPITALIER ... DES TERRITOIRES PROTEIFORMES !

A l'aune des enquêtes menées par le CNKS sous l'égide de son Groupe de travail APPOCT (Activités Pratiques Professionnelles Organisation et Conditions de Travail) il est apparu intéressant de donner à voir sous cette rubrique des types d'organisation.

La kinésithérapie sur le GHH : deux « territoires » ?!

L'hôpital du Havre (Groupe Hospitalier du Havre) est un centre hospitalier d'environ 1500 lits et plus de 4000 professionnels, composé d'un secteur MCO, SSR, Psychiatrie et USLD. 21,4 ETP de masseurs kinésithérapeutes sont répartis sur deux plateaux de rééducation.

L'un sur l'hôpital Monod qui intervient en MCO, SSR de cardiologie et de pneumologie. Et l'autre sur l'hôpital Flaubert qui intervient sur les SSR MPR et Gériatrique. Enfin, un masseur kinésithérapeute est intégré à l'équipe paramédicale de l'USLD. Il n'y a pas de masseur kinésithérapeute en psychiatrie.

Suite à un échange entre encadrant des équipes de rééducation, nous avons eu envie de vous décrire ici une réflexion sur les masseurs kinésithérapeutes au sein du GHH, leur activité, leur pratique et pourquoi l'organisation du travail est différente selon les sites.

Deux plateaux techniques de rééducation, deux tendances différentes dans l'organisation du travail :

Sur le plateau de rééducation du site Hôpital Monod il y a 12 ETP, 12 masseurs kinésithérapeutes qui interviennent très peu en salle de kinésithérapie.

En effet sur ce site, les masseurs kinésithérapeutes montent dans chaque service prendre connaissance des nouvelles prescriptions médicales, et de la charge en soin. Ils retournent ensuite sur le plateau de rééducation, se répartissent le travail et prennent connaissance des dossiers des nouveaux patients.

La cadre du service prévoit l'effectif en fonction des besoins des services (par exemple diminution du nombre de kinésithérapeute pendant les périodes de fermeture de certaines unités).

Elle gère également, en collaboration avec l'équipe les problématiques soulevées par un petit absentéisme occasionnel. Pour leur part les kinésithérapeutes programment et modulent leur activité au quotidien pour optimiser au mieux la réponse aux besoins soulevés par les différents services.

Ils sont sectorisés en trinôme par spécialité médicale.

La majorité des kinésithérapeutes intervient au plus près des patients sans heure précise et s'adaptent à la disponibilité du patient, en fonction de ses soins, sa toilette, le bio-nettoyage de la chambre, les examens...

La kinésithérapie se fait la plupart du temps dans le service (en chambre, dans les couloirs, dans les escaliers...) les professionnels utilisent avec agilité l'environnement du patient. Certains redescendent dans la salle de kinésithérapie avec leurs patients. En particulier, pour la réhabilitation à l'effort pratiquée auprès de la patientèle de SSR de cardiologie et de pneumologie. Les patients descendent alors pour des séances de groupe sur le plateau de rééducation selon un planning défini à l'année.

Sur le plateau de rééducation de l'hôpital Flaubert, il y a 9,8 ETP ce qui représente 10 masseurs kinésithérapeutes qui interviennent principalement dans la salle de kinésithérapie. Les kinésithérapeutes reçoivent les prescriptions via le dossier informatisé patient. Les masseurs kinésithérapeutes qui travaillent en hospitalisation conventionnelle planifient leurs patients après leur répartition pour la semaine. Une organisation collaborative entre les services, les kinésithérapeutes et les brancardiers permet une prise en soin optimisée des patients.

Les kinésithérapeutes informent le service des horaires de rééducation pour que les patients soient prêts et les brancardiers pour qu'ils amènent les patients dans la salle de kinésithérapie.

L'infirmière de programmation de l'Hôpital de Jour (HDJ), en charge de l'organisation et de la planification de l'activité pour les différents rééducateurs, délivre aux kinésithérapeutes d'HDJ leur planning pour la semaine.

Tous les patients sauf exception descendent dans la salle de kinésithérapie avec l'aide d'un brancardier si besoin à l'heure programmée pour une durée déterminée au préalable. Les kinésithérapeutes programment leurs soins en lien avec les autres rééducations en Hospitalisation Conventionnelle. Les kinésithérapeutes d'HDJ ont un planning prédéfini par l'infirmier en lien avec les autres rééducations du patient.

Ce qui nous différencie : l'intervention des masseurs kinésithérapeutes en chambre nécessite de s'adapter à chaque service aux conditions environnementales particulières (lit fauteuil, couloir...) avec du matériel à adapter en fonction de chaque service. La relation avec les professionnels des services peut de ce fait être plus intense.

Alors que la prise en soins dans la salle de kinésithérapie permet une multitude de choix de matériel pour les séances (plan Bobath, barre parallèle, multiples appareils, petit matériel...). Le travail journalier sur le plateau entre rééducateurs peut alors, renforcer la cohésion de l'équipe.

Ce qui nous réunit : la prescription : les kinésithérapeutes travaillent tous sur prescription médicale. La prescription définit les objectifs pour le patient, mais ils ont le choix des outils de rééducation et des bilans utilisés.

Ils sont autonomes dans l'organisation des séances. Et leur objectif est toujours la recherche d'une amélioration ou au moins d'un maintien des acquis et de l'autonomie du patient. Quelques soient les outils et les moyens dont ils disposent, ils ont une créativité et une adaptation permanente de leurs activités en fonction des patients et du service.

Ils font preuve d'une grande réflexivité sur leur prise en soins et d'une implication personnelle en fonction de leurs appétences, leurs formations et des objectifs.

Ces deux équipes de masseurs kinésithérapeutes interviennent de manière transversale dans différentes unités et appartiennent eux même à une équipe de rééducation manager par un cadre de santé par plateau.

Des échanges réguliers sur leur pratique, leur séance de rééducation leurs permettent une réflexion toujours constructive.

Ils ont à cœur d'avancer dans leur prise en soin avec une vrai pratique réflexive sur leur technique et leur manière d'exercer.

Les masseurs kinésithérapeutes travaillent la plupart du temps en collaboration avec d'autres rééducateurs. Ils organisent des activités de groupe de patients avec un regard croisé en fonction de leur profession.

C'est une profession en devenir dans les centres hospitaliers, grâce aux différents attraits qu'elle propose, comme la Recherche, le développement de projet innovant...

Anne Sophie DESPREZ, Cadre de santé MK
Laure PLATE, Cadre de santé MK



MACROSCOPE

L'émergence de l'homme dans la Nature

Philippe Stévenin

L'existence du monde minéral, puis celui du vivant, ont donné matière à de nombreuses questions et hypothèses en relation avec leurs origines. Les connaissances scientifiques diverses en astronomie, géologie, paléontologie, et autres sciences animales et humaines, ont permis d'apporter des informations relatives à la chronologie des événements. Toutefois il existe de nombreux points d'interrogation qui ne cessent d'être remplacés par d'autres, au fur et à mesure de l'utilisation de nouvelles technologies qui remettent en question des affirmations précédentes. C'est un peu comme si les découvertes scientifiques elles-mêmes participaient à un questionnement plus étendu encore, alors que l'on croyait peut-être y trouver la réponse finale.

Les démarches innombrables traduisent bien l'importance de la question restée sans réponse pour toutes les sociétés : qu'est-ce que vivre ?

Quel sens donner à la vie et à son origine ?

Nous n'apporterons pas non plus de réponses mais nous essaierons de comprendre comment ces questions ont pu être à l'origine de créations imaginaires porteuses de civilisations et de cultures depuis l'arrivée de l'humain sur la planète.

1. Survie de l'homme dans une Nature hostile à l'époque préhistorique

Nous appartenons à la famille des primates, qui ont été sur la terre les animaux les plus performants. Les humains, qui sont vulnérables en raison du peu de protection naturelle dont ils sont équipés - absence de carapace, absence de griffes, de dents proéminentes - ne doivent leur survie qu'à leur capacité à trouver des astuces pour échapper aux attaques d'animaux sauvages qui sont plus rapides qu'eux. Le passage de l'époque arboricole, où les déplacements rapides dans les branches constituaient autant de protections possibles, à une bipédie terrestre plus lente, a accentué leur fragilité face aux prédateurs.

Les stratégies de l'homme pour faire face à son environnement

Le recours à de nouvelles stratégies va conditionner la survie des premiers humains. En effet, les primates triomphent de leurs prédateurs grâce à leur capacité illimitée d'inventivité, « leur astuce ». Cette forme d'intelligence se rencontre chez de nombreux animaux pour trouver de la nourriture, comme les loutres par exemple, mais la démarche est alors répétitive, moins variée, plus automatique, alors que le primate est capable d'adaptations multiples comme certains singes qui à l'aide d'une paille vont fouiller dans les termitières pour accéder aux larves succulentes qu'ils adorent.

Un second trait spécifique de l'humain c'est le langage. Là aussi, la plupart des animaux s'occupent de leurs petits pour les nourrir et beaucoup d'entre eux leur apprennent à marcher, voler, se protéger des prédateurs, l'homme a appris à transmettre à ses descendants les expériences et trouvailles qu'il avait inventé par l'imitation et par l'émission de sons (que l'on retrouve aussi chez certains animaux) répétés, construits en fonction de certaines situations puis de plus en plus élaborés.

Cette capacité et ce besoin de transmission ont été à l'origine du « langage ». L'accumulation des expériences transmises et réutilisables grâce à la mémoire, a servi de réservoir de conduites possibles face aux difficultés de vivre dans une nature qui contient une alimentation, voire même des remèdes, mais qui est une source permanente de dangers par les autres animaux et les différents risques naturels (chutes, foudre,).

Le langage se construit de façon différenciée selon les communautés d'hommes, les sons sont construits à partir des bruits qui les entourent et progressivement répétés par les membres qui élaborent des modalités de communication spécifiques à leurs groupes mais qui interfèrent avec d'autres pour échanger. Cette utilisation des sons pour communiquer ne faisait pas partie de leur héritage phonétique mais la répétition a favorisé la connexion d'autres groupements de neurones. Nous sommes ainsi arrivés aux origines du langage il y a 200.000 ou 300.000 ans.

2. De l'évolution génétique à l'évolution culturelle

Les partages d'expériences transmis à leur communauté et à leurs enfants, constituent une base culturelle qui sera influente sur leurs comportements, leurs habitudes alimentaires, leurs santé. Ainsi aux mutations génétiques de l'espèce sapiens vont s'ajouter des mutations culturelles qui participeront sans doute plus rapidement que les transformations génétiques à une évolution énoncée ultérieurement par Darwin.

La nécessité d'échapper aux prédateurs a conduit à des modifications morphologiques par exemple : « ...les femelles humaines devaient avoir un bassin plus étroit que les femelles quadrupèdes afin de pouvoir courir debout et échapper aux prédateurs, les superbes courbes féminines en forme de guitare sont la résultante de Deux nécessités opposées courir vite et accoucher quand même. »

La Nature, ressource pour l'homme dans sa quête de vitalité lui procure l'alimentation mais aussi des possibilités de se soigner comme le font les autres animaux. Cependant, l'homme conscient de sa mortalité et se questionnant sur ce qui advient après la mort biologique va chercher à survivre en utilisant des plantes mais aussi en élaborant des techniques pour lutter contre la maladie et la mort. C'est en ce sens que l'homo faber celui qui construit est aussi l'homo sanitas qui par sa médecine va depuis le fond des âges mener une lutte préméditée contre la mort.

3. Évolution du climat, évolution des modes alimentaires

Les primates étaient végétariens et se nourrissaient de leur cueillette tant que celle-ci a été possible, la diminution de la végétation en raison notamment d'épisodes climatiques les a conduits à absorber une autre alimentation : la viande qu'ils se procurèrent par le passage et l'association de la chasse à la cueillette. Cette nouvelle alimentation va également contribuer à leur évolution physique, l'étape suivante arrivera avec l'utilisation du feu pour faire cuire l'alimentation ce qui la rendra plus saine et plus assimilable. La chasse des petits gibiers est assez aisée pour eux, mais elle ne suffit pas à nourrir le groupe familial.

Intérêt du groupe pour faciliter la survie

Le besoin de se partager les tâches, guetteurs, lanceurs, ... va se révéler indispensable pour faire face aux gros animaux. Dans un premier temps ils chercheront à partager des restes d'animaux, tués au préalable, face aux charognards le groupe s'organise pour écarter les hyènes d'autres prennent des morceaux de carcasse. Certains vont fabriquer avec des pierres taillées des racloirs pour gratter la viande sur les os.

Les tribus de chasseurs ont besoin de grands terrains de chasse, et lorsqu'ils deviennent trop nombreux un groupe doit se détacher de quelques kilomètres pour conquérir de nouveaux territoires. Les déplacements se font lentement tant et si bien qu'au fil du temps les hommes ne se souvenaient plus de l'endroit d'où étaient partis leurs ancêtres. C'est ainsi que la conquête de la planète fut inconsciente.

Selon les variations climatiques la chasse et la cueillette pouvaient être abondantes ou insuffisantes pour nourrir les populations dont le nombre variait d'autant : passant ainsi sur la planète de 100.000 à 3 millions d'habitants. C'est la contrainte climatique qui contribue probablement à la transformation de certains primates en êtres humains en plus des erreurs génétiques.

La modification de l'alimentation va contribuer à une évolution physiologique. Mais le passage de l'individu au groupe et l'organisation en petite société, seront déterminantes dans l'évolution des hominidés. Les échanges entre groupes favorisent le brassage génétique nécessaire à l'évolution de l'espèce.

Ce sont les transformations culturelles qui vont participer activement et rapidement aux mutations génétiques et à une échelle moindre, les mutations génétiques.

Passage à la sédentarité

Quand les chasseurs cueilleurs ne trouvèrent plus de quoi se nourrir et vivre, ils inventèrent l'agriculture. L'agriculture permet sur un territoire identique de nourrir cent fois plus d'hommes que la chasse.

L'homme devient prédateur

L'humanité cessa alors d'être une espèce menacée pour devenir une espèce menaçante et ce même pour l'environnement (une grande partie de la pollution est d'origine agricole).

La communication a rendu possible le partage des expériences et chacun informé par sa communauté de vie, va à son tour démultiplier les savoirs par ses propres expériences.

Inévitablement les opinions, les croyances sont différentes et s'opposent. Ces confrontations à défaut de négociations évoluent alors en affrontements. L'autre, différent, est un risque potentiel que l'on doit neutraliser rapidement. L'appropriation des terres et des eaux à défaut de règles partagées sont à l'origine de guerres entre tribus voisines. Le plus fort élimine le plus faible, c'est ce que l'on appelait la loi de la Nature.

Évolution psychologique et langage

Le langage sera un moyen d'échange et de progrès technique mais il sera aussi la source d'une angoisse permanente qu'à priori les autres primates ne subissent pas : la conscience d'un avenir. Le présent pouvait être cause de craintes immédiates mais jusqu'alors l'absence de projection dans le futur leur permettait de vivre dans l'immédiateté sans présager que demain pouvait être pire que la veille. Le langage, la communication des expériences et du langage symbolique va les conduire à s'interroger chaque jour sur leur futur. L'homme sait qu'il va mourir et a besoin de se raconter des histoires pour conjurer la nécessité inéluctable de la mort. C'est ce besoin qui sera à l'origine des mythes, légendes et croyances.

Le primate humain en imaginant son avenir va chercher à échapper ou à retarder une génétique fatale. Ce sera le point de départ d'une forme de soins qui persistera jusqu'à nos jours par la médecine en accroissant sans cesse les moyens techniques afin de chercher à contourner la loi génétique avec l'espoir d'y échapper. Dans le même temps les créations imaginaires n'ayant pas de réelles limites se sont développées favorisant les mythologies et les religions qui établissaient des lois morales ou religieuses pour suppléer au manque des lois génétiques.

Avec le langage l'homme va changer à une vitesse fulgurante et s'adapter à tous les périls à condition qu'il transmette ses expériences par l'éducation.

Le rôle de l'imaginaire pour la survie

Ce qui reste permanent, quelle que soit l'époque, c'est la capacité d'imagination de l'homme à la recherche de son origine et des circonstances de son apparition.

L'homo sapiens a pu développer une conscience de son existence et de sa mortalité. Les raisons de cette vie et les sens qui ont pu lui être attribués, sont à l'origine d'une angoisse vitale contre laquelle les hommes ont tenté de trouver des substituts divers et en particulier dans la croyance de l'existence de dieux, avec lesquels il convient de « négocier » une survie la meilleure possible, voire une existence au-delà de la mort biologique. La nature elle-même, déifiée, fait partie de ce registre et a été à l'origine de nombreuses mythologies diverses selon les cultures. La science et la technologie actuelle ont permis d'obtenir un allongement relatif de la durée de la vie, qui pour certains transhumanistes, pourrait plus ou moins s'optimiser créant le nouveau chapitre d'une mythologie de l'immortalité, appuyée sur le pouvoir de l'homme combiné à celui de l'intelligence artificielle.

En associant dans le titre les mots Homme et Nature, nous questionnons la complexité de l'existence même de la vie. S'agit-il de deux éléments distincts ou de deux parties d'une même entité ? L'homme peut-il maîtriser et malmener sans retenue la Nature comme s'il n'en faisait pas lui-même partie ? L'homme a-t-il capacité à inventer un posthumain pour se détacher de son origine ?

Quels modèles pouvons-nous trouver dans les civilisations anciennes qui apporteraient des hypothèses suffisamment plausibles pour continuer à chercher du sens à notre vie ? Comment la cohabitation de la Nature, de l'homme et des technologies qu'il produit, perturbe les valeurs partagées pour orienter vers une perte de sens ou une nouvelle transcendance ?

La mythologie pour donner du sens à la Nature et à la place de l'homme.

En questionnant le point de départ de l'origine de la Nature et de l'homme, nous pouvons, à défaut d'éléments scientifiques, consulter les mythes qui en parlent.

La création de notre planète par les mythes grecs

Pour les Grecs, à l'origine de la création du monde il y a une divinité nommée « Chaos » qui n'a rien d'humain et qui est présentée par Luc Ferry, telle un trou noir, « sans aucun objet ou aucune chose que l'on puisse distinguer dans les ténèbres absolues qui règnent au sein de ce qui n'est au fond qu'un total désordre. » Aucun être vivant n'existe encore pas plus que de ciel ou d'étoiles. Et puis une seconde divinité va surgir sans que l'on sache pour quelle raison : c'est le récit que le poète Hésiode en fait au VII^e siècle avant J.C. il s'agit de « Gaïa » qui en grec signifie la terre. C'est ce morceau de Nature à partir duquel vont pouvoir naître animaux, plantes. Gaïa la déesse terre, constitue un support stable opposable à Chaos.

Pour que la vie puisse émerger dans sa totalité il faut une troisième divinité c'est « l'amour » qui est « une force de vie, un principe vital » . Plus tard Gaïa engendrera « Ouranos » le ciel.

Nous sommes dans le récit d'un mythe qui construit une hypothèse en réponse à la question du Comment peut-on passer du Chaos au Cosmos : ou du désordre à l'ordre parfait.

Dieux et Nature sont confondus

Dans ce récit, toutes les régions évoquées sont à la fois des divinités et des « morceaux de nature » qui seront capables de se mettre en couple pour créer de nouvelles divinités. Ainsi la naissance des dieux et des éléments naturels se confond.

D'autres dieux plus culturels que naturels arriveront plus tard dans cette mythologie pour concevoir l'intelligence, la ruse....

Entre Gaïa, la terre, et l'homme il existe des éléments partagés, ainsi nous disait Jean-Marie Pelt « Le sang de Gaïa, c'est l'eau, l'eau de mer en particulier, dont la concentration en sel égale celle de notre propre sang. Simple coïncidence ? Non point ; plutôt souvenir de notre lointaine ascendance marine. ».

Des amours de Gaïa et Ouranos naîtront de nombreux enfants, les titans, les trois Cyclopes et les Cent bras. De nombreux autres s'ajouteront à ces trois séries, ouvrant la voie à de nombreux récits qui permettent de structurer l'organisation des sociétés. Chaque élément de vie quotidienne se trouve ainsi en rapport avec un mythe qui devient son histoire et sa ligne de conduite.

Le sens de la vie s'appuie sur des valeurs

Ce qui nous semble important à souligner, ce sont les valeurs qui sont fondamentales pour les Grecs.

La vie bonne est une vie en harmonie avec le Cosmos et l'ordre cosmique, une existence juste suppose d'être en accord avec le monde organisé. A l'opposé la faute la plus lourde, c'est la démesure « ubris » orgueilleuse qui pousse les êtres à ne pas rester à leur place dans l'univers car elle augure du retour au Chaos. Enfin le maître mot se résume dans la formule « connais-toi toi-même qui est « la marque de la connaissance de son lieu naturel dans l'ordre cosmique » La mythologie constitue vraiment le cadre de référence de la société elle constitue un support explicatif aux règles de vie qui doivent être respectées.

Philippe Stevenin

A la vie de l'association ASSOSCOPE

Parce qu'une association pro
ne peut vivre, fonctionner et agir
sans des professionnels adhérents,
membres abonnés ou correspondants,
ni sans équipe de membres militants,
Parce que pour vous le métier
de Kinésithérapeute Salarié
a des spécificités
à promouvoir,
à défendre,
et à porter

Impliquez-vous,
Soutenez le CNKS !
Devenez adhérent
soit membre abonné
soit membre correspondant



Adhésion 2022 : lien + [clic + ctrl]

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

SEMINAIRE du CA - 1^{er} et 2 avril 2022

"Quel plaisir de se retrouver in real life...2 ans que le Conseil d'Administration du CNKS n'avait pu se retrouver en présentiel. Une version « printemps 2022 » qui a su combiner temps de travail, temps d'échanges, temps de convivialité".



Barbara Bonecka, Julien Grouès, Pauline Wild, Yves Cottret, Valérie Martel, Aurélien Auger, Pierre Henri Haller, Véronique Hancart Lagache, Hervé Chanut, Fanny Arnaud, Véronique Grattard, Olivier Saltarelli.

Ce séminaire, animé et interactif (photolangage, mur de post-it, sériation, Philipp 6x6...) a permis à chacun d'échanger, de partager, d'analyser. Nous avons ainsi pu travailler sur la politique professionnelle et associative et fixer les axes de travail des prochains mois ; entre autres répondre au mieux aux attentes des professionnels salariés, et développer un ancrage géographique plus important à l'image des diversités territoriales de l'exercice salarié.

Ravi de voir les nouvelles et nouveaux administrateurs prêts à relever les défis qui s'offrent à nous. Qu'elles et qu'ils soient ici remerciés de leur enthousiasme, de la qualité de leurs réflexions, et de la fraîcheur qu'ils apportent aux débats et aux réflexions. Un seul regret, que Andrée Gibelin, Valérie Corre, Christophe Dinet, Magali Faroult, Enora Le Calvez, Sophie Trichot, Kristelle Krieger et Thomas Rulleau n'aient pu du fait de gardes, d'état de santé, de déménagement ... partager physiquement - mais par visio pour certains - ce moment important de la vie associative.

En espérant nous retrouver tous en visio à l'occasion du Conseil d'administration et à nouveau en présentiel fin septembre lors des JNKS REIMS 2022.

Olivier Saltarelli, Secrétaire Général

« Un grand merci aux 3 intervenants de la STKS autour du patient en gériatrie et particulièrement à Edwige Carette Tissandier qui a transmis tout au long de son intervention, et jusque dans sa diapositive de conclusion, son « kiff » du travail autour de la personne âgée. Les riches échanges lors du séminaire du CA du CNKS permettent de se questionner sur les pratiques et les organisations de la kinésithérapie salariée" ! Rejoignez-nous pour vous aussi participer à la réflexion de la kinésithérapie de demain ! »

Pauline Wild



"Nouvelle membre du CA du CNKS, c'est avec plaisir et intérêt que j'ai pris part à ce conseil d'administration. Réunis sur deux jours lancés au rythme des interventions, échanges et débats. Soirée thématique, points d'étape sur les groupes de travail, et co-construction du projet associatif, furent autant d'opportunités de mettre en perspective les sujets animant notre profession et guidant notre engagement pour l'année à venir".

Fanny Arnaud

" Week-end de séminaire avec le CNKS : des échanges, des réflexions, des débats autour du kinésithérapeute salarié et de sa place. Actualités, enjeux d'aujourd'hui et de demain : des questions et des travaux passionnants à venir autour de la Pratique Avancée, de l'Intelligence Artificielle et encore bien d'autres sujets ! "

Aurélien Auger

" Le Séminaire du CNKS du vendredi 01 avril et du Samedi 02 Avril fut pour moi une très belle rencontre humaine et un véritable enrichissement intellectuel. Après 2 ans de crise Covid, j'ai pu enfin faire la connaissance des collègues du CA et les retrouver en présentiel (je ne les connaissais que par écrans interposés) sur Paris.

L'éclectisme et la richesse des sujets d'actualités de la profession proposés, les échanges qu'ils ont suscités et l'écoute dont j'ai pu bénéficier, ont nourri ma curiosité, mon questionnement sur les voies possibles concernant l'évolution de notre métier.

Notre président Pierre Henri a su parfaitement animer les ateliers, secondé en cela par Yves et par Olivier à la technique. Les groupes de travail mis en place durant la journée du samedi nous ont permis d'explorer les priorités professionnelles que le CNKS s'engage à traiter : P.A ; QUOTAS ; CERTIFICATION et d'en dégager des axes de travail pour l'année à venir.

Enfin la place et le rôle du CNKS furent abordés et réinterrogés en toute transparence dans l'objectif de mieux communiquer et redynamiser le collège ; c'est à mon sens une saine démarche de démocratie participative au sein de cette association ".

Hervé Chanut



" 2 jours dynamiques pour lire, comprendre et réfléchir sur notre réalité professionnelle 2 jours pour préparer notre rencontre aux JNKS les 22 et 23 septembre à Reims, et envisager les JNKS 2023 à Rouen ! "

Véronique Hancart Lagache

« Les moments clé du séminaire ? c'est tout d'abord le moment de retrouvailles après deux années de rencontres à distance, où après les salutations cordiales, sincères et chaleureuses chacun a retroussé ses manches et s'est mis directement au travail.

La STKS qui a ouvert notre séminaire est le deuxième moment saillant du week-end. Hybride car vécue et partagée à la fois en présence et à distance via visioconférence, la soirée a été riche en interventions pertinentes et en témoignages touchants sur la place d'un kinésithérapeute dans la rééducation de la personne âgée. La STKS nous a démontré qu'en effet la gériatrie aujourd'hui est sexy et devient le sujet majeur de préoccupations de l'hôpital public.

Cette thématique a été soulevée par le troisième moment clé – l'intervention d'Éric Roussel (DRH AP-HP), qui a abordé la crise de l'hôpital d'aujourd'hui bien au-delà des sujets de la pandémie, pour attirer notre attention à la problématique des territoires disciplinaires, professionnels et générationnels.



Le dernier moment est celui de la fin du séminaire où nous avons posé sur le papier le fruit de réflexions et d'échanges des deux journées intenses. La définition des axes d'orientation dans le cadre de la politique associative et professionnelle

nous a permis de mettre les points sur les i et rajouter dans nos bagages de retours des projets à mettre en place au service de la kinésithérapie salarié, au service de nos patients ».

Barbara Bonecka

« Ce fut un grand plaisir de se retrouver en présentiel et dans la convivialité. La présentation d'Éric Roussel a été très éclairante : si tous les DRH avaient un parcours de professionnel de santé, de kinésithérapeute en l'occurrence... ! Le CA a été particulièrement productif et efficace tout en étant bienveillant et bon enfant ».

Valérie Martel



« A mon sens, le Conseil d'Administration du CNKS rime avec C comme Compétences et Convivialité, A comme Anticipation vis à vis de la profession. Il a permis des réflexions professionnelles riches et intenses autour de sujets porteurs pour la masso-kinésithérapie. Ce fut un réel temps de partage autour des valeurs qui animent le CNKS et enfin l'occasion de se revoir "en vrai" ».

Véronique Grattard



STKS 5

Kinésithérapie Salariée & Personnes âgées : quel(s) parcours ? (1^{ère} partie)

C'est le titre de la STKS 5 qui s'est tenue visio-conférence le vendredi 1^{er} avril de 18 h à 19 h 30 et le titre générique d'une série d'articles à paraître dans ce numéro et dans les deux prochains ... voire d'autres en considération du fait que comme toutes les autres disciplines la gériatrie est à la fois « domaine & territoire » et que dans cet « espace » la notion de flux, de « parcours », des personnes qui « les habitent » - bénéficiaires de soins comme dispensateurs d'ailleurs - est essentielle pour caractériser la vie qui s'y écoule.

Un domaine, un territoire, trop longtemps ignoré, délaissé, peu investi pour de multiples raisons... (cf. résultats bruts de l'enquête flash ci-après) et pour lequel il est temps que pouvoirs publics, les professionnels et les bénéficiaires investissent massivement et rendent visibles et lisibles les expériences et expertises acquises de quelques précurseurs particulièrement pugnaces, persévérants.

Et pourtant nous rappelle souvent Thomas Rulleau « la (ré)éducation en) gériatrie, c'est sexy ! ». ... Peut être, entre autre, car c'est le type de prise en charge qui fait appel - compte tenu de personnes souvent polypathologiques - à l'exercice de toutes les compétences et champs de la kinésithérapie par rapport à une exercice orienté ou exclusif dans un domaine ?

Là encore revient le questionnement, voire le sempiternel débat, de l'expertise ou de la polyvalence, « le creuser profond ou ratisser large ? ».

Inscrite dans le cadre du séminaire de printemps du conseil d'administration du CNKS cette **Soirée Thématique de la Kinésithérapie Salariée** a accueilli au-delà des membres dirigeants de l'association une 50^{aine} de participants.

Une assemblée qui a suivi avec attention trois présentations successives de Frédéric Desramault, Kinésithérapeute au CH Darnétal, Edwige Carette Tissandier cadre de santé Kinésithérapeute au CH Riom, Julien Groues, kinésithérapeute ; des interventions ponctuées des avis de France Mourey invitée en qualité de grand témoin, experte reconnue dans le domaine de la gérontologie tant sur le territoire qu'au-delà.

Une STKS saluée sur les réseaux sociaux par France Mourey :

« Des interventions remarquables témoignant de la compétence des professionnels salariés. Les énergies sont bien là pour faire face au challenge de la rééducation gériatrique ! ».

En début de séance les résultats bruts de l'enquête flash menée du 22 au 29 mars auprès des mks salariés ont été présentés pour illustrer la problématique et son appréhension par les professionnels. KINESCOPE vous en livre l'essentiel.

Parmi les **90 répondants** :

- 73 % de femmes
- > 40% sont salarié-e-s depuis moins de 10 ans
- 93 % exercent dans établissements publics (dont 55 % en CHU/CHR , 30 % en CH, et 13 % en SSR)
- 35 % **exercent exclusivement** en services pour personnes âgées
- **85 %** réalisent **60 à 100 %** de leur activité auprès de personnes âgées
- **65 %** déclarent que leur affectation est un **choix volontaire** et **35 %** d'une **affectation non choisie**
- **33 %** déclarent **ne pas avoir fait** de « **stage gérontologie** » pendant la formation initiale
- **62 %** déclarent avoir bénéficié de « **formation continue spécifique personnes âgées** », 25 % avoir bénéficié de fc ...non spécifique et 13 % n'avoir suivi aucune formation

A la question « quelles sont les causes des difficultés de prise en charge des Personnes Agées » :

- la **fragilité cognitive** arrive en tête pour **60 %** de répondants
- le **manque de temps** ensuite pour **40 %** de répondants
- un **manque dans la formation initiale** pour **38 %** des répondants

Enfin à la question connaissez vous / maitrisez vous les modèles de la fragilité gériatrique ?

- **48 %** répondent plutôt oui
- **12 %** répondent oui parfaitement

Mais à la question au(x)quel(s) des deux modèles « FRIED et ROOKWOOD » faites-vous le plus souvent référence ? 70 % répondent « aucun des deux » ! 15 % répondent FRIED et 9 % répondent ROOKWOOD

Enfin 72 des 90 répondants ont répondu à la question : selon vous, en un seul ou plusieurs mots, qu'est-il prioritaire de faire pour améliorer la rééducation gériatrique en secteur salarié ? Un score important qui montre l'intérêt des répondants et l'envie ou le besoin de s'exprimer sur le sujet. KINESCOPE vous livre ces verbatim bruts.

- le salaire, la qualité de vie au travail
- plus d'aide psychologique
- Infos sur pathos et bientraitance
- Démocratiser la rééducation gériatrique auprès des autres pros de santé
- formation spécifique. Des locaux et du matériel adaptés.
- augmenter le nombre de personnel .
- matériel adéquate (fauteuil qui se remonte, leve malade etc....=
- Nous donner la possibilité de passer plus de temps avec chaque patient et d'avoir un espace avec plus de matériel pour travailler
- Informer
- Formation
- Formation spécifique
- Conscience pluridisciplinaire
- Impliquer davantage les kiné et les former

- Il faut rendre attractif ces postes
- Prévention
- travailler sur la prise en soin des personnes âgées avec troubles cognitifs (de + en + nombreux)
- Plus de personnel, formation sur la prise en charge d'une personne ayant des troubles cognitifs.
- meilleure information sur le coté gratifiant de travailler en gériatrie
- les moyens matériels et humains
- Oui pour meilleure prise en charge en aigue qui permet meilleure survie du patient
- Structurer et Reconnaître les moyens humains et financiers
- la formation continue et interdisciplinaire
- Mettre plus d'aide soignantes et de kinés pour que les patients soient levés
- Plus de moyens de rééducation
- des moyens pour des plateaux techniques et du matériel pour rééduquer l'équilibre
- reconnaissance /formation
- Former
- plus de rémunération des salariés en général, plus de temps alloué
- Attractivité : formation initiale et continue, rémunération, quota mk/patient, moyens matériels, communication externe/ activité-expertise
- développer la recherche en rééducation gériatrique; valoriser les études cliniques de rééducation gériatrique en laissant une réelle autonomie des rééducateurs vis à vis des médecins; favoriser des échanges interprofessionnels sur la rééducation gériatrique au sein des établissements de GHT; développer l'éthique du soin de rééducation gériatrique dans le cursus initial et en formation continue
- secteur dédié, équipe pluridisciplinaire, médecins spécialistes, géronto psychiatre, formation et effectifs suffisants des personnels, valorisation des soignants prenant en charge cette population
- arrêter la marchothérapie
- Améliorer la formation
- moyens humains
- étude de la régression psychomotrice
- Fonctionnel, activité physique
- la prévention et la prise en charge en amont de la perte de compétence physique et motrice
- Développer et promouvoir l'exercice mixte
- rendre attractif dès le début de la formation, ne pas rester à kiné = 1er levé et marchothérapie, inciter les mk à oser proposer des exercices compliqués, remettre en situation les personnes âgées
- former
- Matériel, locaux, collègues
- Créé des bilans plus spécifiques pour les personnes fragiles permettrait de mieux cibler les troubles leur évolution et la communication au médecin et ainsi proposer et objectiver les résultats
- formation de l'ensemble des salariés (pas que les rééducateurs) pour avoir une approche globale.
- Valoriser la rééducation auprès des personnes âgées auprès des professionnels kinés et autres professionnels. Rendre les postes attractifs
- reconnaissance de l'importance de la rééducation et de la participation de tous les soignants à la mobilisation des personnes âgées
- une parmi d'autres nécessité d'améliorer les conditions matérielles
- Avoir du temps/travail pluridisciplinaire
- améliorer l'enseignement et les stages en gériatrie
- Formation continue
- Reconnaître les spécificités et les difficultés de la rééducation en gériatrie
- Spécialisation gériatrique
- attractivité

PRATICOSCOPE

La pratique en rééducation gériatrique

Est-il nécessaire de rappeler ...

... que l'espérance de vie en France a fortement augmenté au cours du XXe siècle (ce qui est un fait sans précédent dans l'histoire de l'humanité) ?

... que cette espérance de vie est parmi les plus élevée au monde ?

... que la part des personnes de 65 ans et plus dans la population augmente de façon importante dans les pays de l'OCDE ?

... que la chute est la première cause de mortalité des personnes de 65 ans et plus ?

... qu'environ 9500 personnes décèdent chaque année des suites d'une chute ou de ses conséquences ?

... que pas moins de 450 000 chutes nécessitent un recours aux urgences chaque année ?

... que le nombre de chute est considérablement sous-estimé ?

... que la chute présente de graves conséquences dont l'incapacité à se relever du sol ?

Bref, tous ces rappels de données de santé publique permettent d'avoir conscience à quel point l'adaptation de l'offre de soins à ces problématiques représente un enjeu majeur de santé publique. Dans ce contexte, les kinésithérapeutes font partie intégrante des professionnels capables de proposer des réponses adaptées, tant de façon préventive que curative aux personnes âgées sujettes au processus de fragilisation. L'objectif principal commun à tous les professionnels est de prévenir la majoration du risque de chute et ses conséquences, dans le but de maintenir l'indépendance fonctionnelle, l'autonomie et la qualité de vie.

Dans ce contexte, nous nous appuyons sur notre expérience de terrain en tant que masseurs-kinésithérapeutes à l'hôpital de Darnétal et d'enseignant sur la thématique gériatrique en IFMK pour apporter un éclairage sur la pratique du quotidien. Il serait, par ailleurs, hasardeux et fastidieux, de vouloir faire une liste exhaustive de toutes les techniques de rééducation. Nous vous présenterons les points clefs avec quelques exemples.

L'évaluation initiale est un temps indispensable à toute démarche thérapeutique, que cela se fasse en chambre ou sur plateau technique, avec une lecture préalable du dossier du patient lorsque cela est possible et un temps d'entretien avec le patient, afin, entre autres, de déterminer ses attentes et son projet.

Un bilan fonctionnel adapté aux capacités du patient est ensuite réalisé ; il représente un élément incontournable qui permet de déceler les critères de fragilité, les facteurs précipitants et prédisposants de la chute ; il permet de déterminer des objectifs de rééducation réalistes, mettant en évidence les capacités préservées de ces derniers et à partir desquelles des involutions vers les secteurs déficitaires pourront être réalisées. Test Moteur Minimum (TMM), test de Tinetti, Vitesse de Marche, Frail BesTest (ex-EquiMoG) ou Berg Balance Scale (BBS), il existe différentes autres échelles validées permettant de faire l'état des lieux des capacités fonctionnelles du patient, avec une passation nécessitant une maîtrise des bases de connaissances essentielles en matière d'anatomo-pathologie spécifiques à cette population. Une évaluation plus analytique et segmentaire est parfois nécessaire pour affiner et apporter des réponses à des observations globales. Il est important d'avoir une maîtrise de la passation des items spécifiques, avec un guidage verbal et manuel adapté (avec par exemple l'évaluation des réactions d'adaptation posturale et parachute). Il est indispensable de mettre en avant la qualité relationnelle entre le thérapeute et l'utilisateur. Cette évaluation du kinésithérapeute est souvent précédée d'un temps d'échange avec les équipes soignantes qui ont déjà réalisé des soins et ont éprouvé les capacités fonctionnelles de l'utilisateur. Ce temps d'échange permet de mettre en évidence un éventuel différentiel entre ce que perçoivent les équipes soignantes et nos observations. Au-delà de toute mésestime corporatiste, ce temps d'échange permet de sensibiliser les équipes sur l'accompagnement spécifique

adapté à chaque patient, accompagner la transposition des acquis réalisés en salle de rééducation dans l'unité et ainsi créer un partenariat gagnant/gagnant permettant de solliciter le patient à l'optimum de ses capacités fonctionnelles. Cela permet ainsi de prévenir toute forme de dépendance iatrogène, qui consisterait à faire de nombreuses tâches du quotidien à la place du patient. Il est également possible de s'entretenir avec les proches aidants qui peuvent nous faire part des difficultés préexistantes, ce qui nous aide considérablement à déterminer les objectifs de rééducation cohérents, correspondants à la réalité des besoins et des attentes du patient.

Dans bon nombre de situation, il est indispensable de solliciter précocement l'ensemble des intervenants de la chaîne de soin afin de proposer les réponses les plus adaptées. Les collègues ergothérapeutes sont d'une importance capitale pour améliorer l'installation initiale des patients les plus fragiles et prévenir les risques d'escarres pour l'installation au lit et/ou au fauteuil, réaliser une évaluation écologique des capacités d'indépendance fonctionnelle et d'autonomie par le biais de mises en situation se rapprochant du contexte du domicile, proposer les dispositifs de compensation de certaines fonctions déficitaires pour rendre possible un retour à domicile, entre autres missions.

Notre collègue psychologue est particulièrement sollicitée afin d'apporter un soutien dans un contexte de fragilité psychique de bon nombre de patients, d'accompagner les patients ayant subi un syndrome post chute ou encore afin de réaliser des évaluations psychométriques.

La présence du psychomotricien est souvent nécessaire au bon déroulement du processus de soin afin d'agir notamment face à des patients présentant un grand déficit d'estime de leurs capacités fonctionnelles et de l'estime d'eux-mêmes ; du diététicien afin d'adapter la texture aux nécessités et/ou les quantités des apports nutritionnels du patient dans des contextes de dénutrition, le but étant de recréer des capacités de réserves fonctionnelles, sollicitées dans le processus de rééducation, apporter des conseils de nutrition ; ou encore du pédicure-podologue afin de réaliser des soins de pédicurie, réaliser des semelles adaptées, proposer un chaussage ajusté ou encore proposer des conseils et de sensibilisation pour la bonne santé du pied.

Finalement, le kinésithérapeute ne peut s'affranchir d'un avis spécifique des autres collaborateurs, lorsque cela le requiert et en plus de son évaluation, pour proposer une rééducation particulièrement pertinente et adaptée, en maintenant le patient à sa place centrale.

Allant de la rééducation de la prise de conscience des appuis (talons, coudes, poignets, etc.), au retournement au lit, il est également possible d'aborder le transfert allongé-assis bord de lit ou encore le transfert assis-debout-assis chez les patients les plus dépendants. Cette première partie de la rééducation des mobilités essentielles peut parfois être oubliée au profit d'éléments considérés comme étant davantage techniques tels que l'équilibre debout. Pour autant, la maîtrise des retournements et transferts au lit, initialement difficile chez les patients présentant un syndrome post-chute, est indispensable au recouvrement des

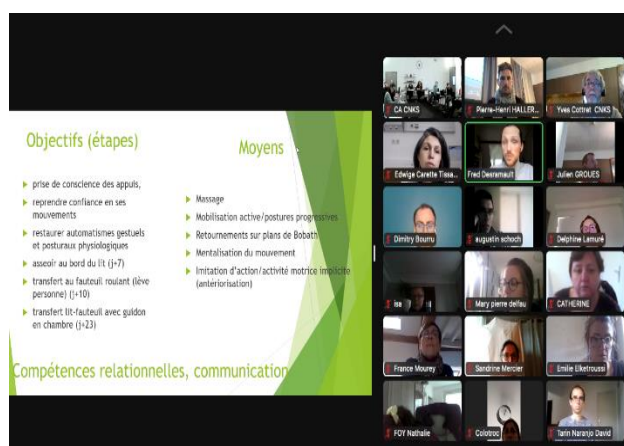
automatismes gestuels et posturaux physiologiques. C'est, entre autres, sur ce point indispensable que les temps d'échange entre rééducateurs et équipes soignantes peuvent avoir un bénéfice important pour le patient afin de le laisser faire le mouvement en l'aidant, en lui laissant le temps, et en ne faisant surtout pas à sa place, à des fins de prévention de la dépendance iatrogène. C'est avec une réussite à la réalisation de ces mouvements de base que le regain de confiance et l'estime d'eux-mêmes permettra d'aborder la rééducation de l'équilibre et de la marche avec moins de d'appréhension.

En progression, il peut être abordé la rééducation de l'équilibre debout statique, avec différentes variations contribuant à améliorer le contrôle moteur, tant dans sa composante réactive que proactive ainsi que le contrôle postural. C'est sur ces différents points que le guidage verbal et manuel adaptés sont indispensables avec une progression dans la difficulté.

La rééducation de la marche, qui ne se résume pas (que et pas vraiment) à du « trotte mémé », est une composante importante dans la récupération de l'indépendance et des capacités réserves fonctionnelles. Cette rééducation revêt différentes composantes : qualitative, avec la rééducation des différents paramètres de la marche nécessitant un accompagnement, un guidage tout particulier sans pour autant nécessiter de matériel coûteux. La rééducation de l'équilibre dynamique est très fréquemment une composante à aborder avec notamment la double tâche, les changements de vitesse de marche, la marche avec des rotations cervicales ou encore la marche en tandem.

Ce temps inclut souvent l'apprentissage de la marche avec une aide technique. La rééducation de la tolérance à l'effort, permettant d'augmenter progressivement le périmètre de marche et de diminuer la sensation de fatigue.

Il serait impensable d'aborder la rééducation gériatrique sans aborder la rééducation de la capacité à se relever du sol, qui est décrite dans les recommandations professionnelles comme faisant partie des éléments indispensables à évaluer et renforcer car elle fait partie des techniques essentielles dans la prévention de la perte d'autonomie et elle conditionne un volet important du maintien à domicile. Il arrive que des patients présentent des troubles de planification pour réaliser cette séquence de mouvement, nécessitant de réaborder la planification à l'aide d'un puzzle moteur ou bien par l'observation d'action notamment.



Nous proposons différents conseils quant à la poursuite d'une activité physique adaptées, ou encore sur la prévention des chutes et la prévention de l'incapacité à se relever du sol. Nous avons organisé à plusieurs reprises des ateliers « chambre des erreurs » centrées sur

la prévention du facteur environnemental du risque de chute, à destination des aidants et des usagers eux-mêmes.

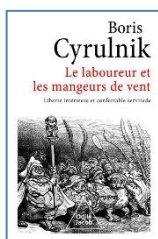
Des temps d'échange avec l'assistante sociale sont quasi systématiquement nécessaires afin de contribuer à un retour à domicile dans les meilleures conditions avec la mise en place d'aides adaptées. Certaines situations nécessitent parfois une visite avec le patient conjointement avec l'assistante sociale, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute afin d'observer son environnement, l'aider à adapter au mieux son domicile, pour choisir les aides les plus adaptées pour un retour à domicile durable et le mettre en situation afin de retravailler spécifiquement en rééducation certains points à améliorer.

Au final, cette rééducation dite gériatrique représente un champ d'action de la kinésithérapie spécifique avec son évaluation fonctionnelle qui ne délaisse pas pour autant un regard un peu plus analytique, surtout au vu du contexte de polypathologie des patients. La qualité de la relation de soin est un éléments clef au succès de la prise en soin ; le travail interprofessionnel est indispensable pour élaborer un projet de rééducation cohérent. Une maîtrise technique spécifique et progressive est nécessaire, associant une juste coordination entre guidage verbal et manuel tout au long de la rééducation.

Il serait possible de penser que cette démarche rééducative tant globale qu'analytique est complexe voire difficile à mettre en place. Elle est avant tout humainement enrichissante !

Astrid Vanheule, Frédéric Desramault,
masseurs-kinésithérapeutes,
centre hospitalier Durécu Lavoisier,
Darnétal (76).

Lu pour nous **L'ESSENTIEL**



Le laboureur et les mangeurs de vent liberté intérieure et confortable servitude **Boris Cyrulnik** **Odile Jacob (03 / 2022)**

Boris Cyrulnik est neuropsychiatre, éthologue et psychanalyste, connu pour avoir vulgarisé le concept de résilience de John Bowlby, qu'il définit comme une reprise d'un nouveau développement après une période de catastrophe.

Boris Cyrulnik nourrit ses thèses de sa propre histoire, ayant vu ses propres parents juifs arrêtés puis déportés vers Auschwitz pendant la deuxième guerre mondiale. Il est polonais par sa mère et ukrainien par son père.

Son nouvel ouvrage sorti en mars 2022 au titre énigmatique est une réflexion sur la séduction qu'exerce les discours d'autorité et la tendance humaine à y céder. La peur de la mort, la crainte de la trahison, la violence de la menace, la catastrophe collective est un facteur d'attachement, solidarisant les peuples en se rassemblant autour d'un chef. C'est à la fois nécessaire et dangereux. C'est ainsi qu'on donne le pouvoir à un dictateur. En période de paix il n'y a pas de mangeur de vent. Ils surviennent dans nos moments de vulnérabilité, les crises sanitaires, identitaires les guerres. Le sauveur redonne l'espoir, il devient gourou et dictateur. Il est démocratiquement élu et adoré.

« Vous avez la liberté de choisir votre maître » p.134.

Quand la langue n'est plus relationnelle, quand elle ne sert plus à exprimer des sentiments ou à élaborer une raison, elle devient une incantation qui vise à implanter dans l'esprit de l'autre une représentation fulgurante [...], elle devient un instrument d'emprise qui prend le pouvoir grâce au conformisme et greffe des slogans à la place des pensées. p.108

Les événements actuels montrent que cette question n'est pas réglée. Ce sont toujours les mêmes mensonges, les mêmes manipulations, les mêmes crimes, les mêmes récits de séduction de sauveurs sont élus parce qu'ils donnent des solutions faciles : une différence de couleur de peau, une différence de religion, une différence de nationalité, d'appartenance, de langues, de métier, de quartier...

« Tout s'explique par l'économie, ou par la biologie, ou par l'âme ou par la politique. Choisissez la discipline qui vous convient, elle sera partiellement vraie et totalement fausse. Mais si vous parvenez à prendre place dans un groupe d'adorateurs, vous chercherez à imposer votre vérité à ceux qui ne pensent pas comme vous ». p.105

Boris Cyrulnik rappelle que cet attachement à un sauveur trouve son essence dans nos origines : on commence notre vie avec une emprise bénéfique sécurisant : notre mère. Sans la mère notre développement physique et psychique est altéré. Il est difficile de se libérer, de se dépendre. L'âge de nos trois ans, puis l'adolescence seront les étapes de cette libération, qui laissera le souvenir du bénéfice de la confortable servitude.

Boris Cyrulnik nous invite à rester vigilant sur les réductions manichéennes simplistes entre le bien contre le mal, les bons contre les mauvais. Cette « abusive clarté » permet, à un moment difficile de nos vies, de le pouvoir à quelqu'un qui va prendre notre âme pour notre sécurité à un prix exorbitant. La « banalité du mal » (Hannah Arendt) et l'obéissance (Stanley Malgram) peuvent alors conduire à une confortable servitude, une paresseuse et dangereuse facilité de la pensée, nourrie d'un confort social, d'un conformisme et d'un suspect sentiment d'appartenance.

« C'est là que se cache la force du conformisme. Quand on hurle avec les loups, on finit par se sentir loup. Le sentiment d'appartenance à un groupe est tellement sécurisant et euphorisant qu'on se laisse griser. Même la violence, quand on la crie ensemble, finit par donner un sentiment de force agréable. Ce n'est pas l'énoncé qui nous galvanise, c'est le fait d'être ensemble et de chanter la haine ». p.107

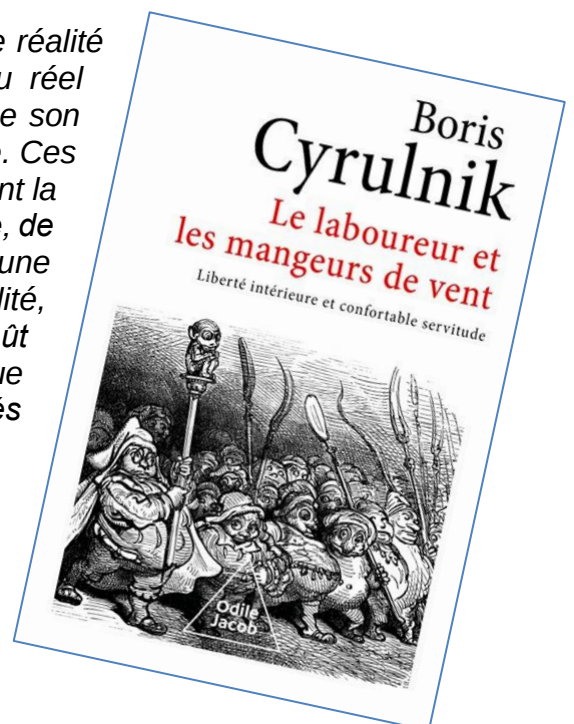
Cette confortable servitude se traduit par le dérèglement des signes et des morts. Tous les dictateurs se disent persécutés, transmettant leur propre violence sur ces victimes désignées. Boris Cyrulnik rappelle par exemple qu'on ne parle plus d'injustice mais d'apartheid, que les obligations démocratiques sont désignées comme une « dictature ». Pour rendre légitime sa propre violence et prendre le pouvoir, le tyran désigne un adversaire qui rendrait sa violence serait légitime.

« Quand un pharmacien fait son boulot de soignant en pratiquant des tests antiviraux, on ne dit pas qu'il applique les consignes gouvernementales, on le traite de "collabo" afin de suggérer qu'il est un traître asservi à l'occupant sanitaire. Quand on coud sur sa poitrine une étoile jaune de David en écrivant "non vacciné" à l'intérieur des branches, on fabrique une image qui induit une analogie entre ceux qui préfèrent ne pas se vacciner et 6 millions de personnes condamnées à mort par cette étoile. [...] Pourquoi se dire persécuté alors qu'on a le droit de ne pas être d'accord ? Est-ce pour légitimer ma propre violence ? [...] Ceux qui parlent ainsi éprouvent le plaisir de la profanation en s'attaquant aux personnes, aux objets ou aux lieux honorés. En se disant eux-mêmes persécutés, ils suggèrent une légitime défense qui supprime la sensation de délinquance. La diffamation et le cyberharcèlement ridiculisent la démocratie en détournant les mots du malheur pour s'offrir un plaisir inavouable. » p.112

Nous pouvons refuser de comprendre, refuser l'empathie, qui nous fait devenir banalement mauvais, rejoindre le conformisme, nous soumettre à une pensée dominante. Mais la liberté intérieure est le chemin inverse, évidemment possible mais souvent plus difficile et douloureux. C'est garder sa maîtrise, le choix dans un courant dominant, rester critiques, sa dignité. Il mène à l'autonomie et la capacité à penser par soi-même. Le bouleversement social en fin de pandémie est plus qu'une crise, c'est une catastrophe, étymologiquement — *katastrophéun* renversement. Il nous faut prendre un virage, opérer une renaissance collective, une forme de liberté, chercher à comprendre, à rencontrer l'altérité. Réapprendre à réfléchir par nous-mêmes, ne pas céder à la tentation rassurante d'appartenir à un groupe et rester vigilant sur le poids des mots.

« Les laboureurs qui ont les pieds sur terre construisent une réalité différente. Mais leur savoir est laborieux, lent, arraché au réel comme l'expérience du maquignon qui est le seul à voir que son cheval boite, ou comme un scientifique à la méthode austère. Ces bribes de connaissances changent avec le contexte, acceptent la critique, ce qui donne un sentiment d'incertitude insécurisante, de vérité momentanée. Ceux qui, auparavant avaient acquis une paisible confiance en soi en acceptant les nuances de la réalité, se plaisent à l'argumentation. Mais ceux qui ont acquis un goût amer du monde ne sont apaisés que par les certitudes que donnent les délires logiques. Ils aiment s'agripper aux énoncés sans preuves ».

Un livre profond et émouvant, nourrit d'un passé très actuel, qui nous invite à trouver la liberté intérieure sur le chemin du laboureur, labor- orare, celui qui parle de ce qu'il sait.





XXV^e JNKS

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

Jeudi 22 & Vendredi 23 septembre 2022

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE & PRATIQUES PROFESSIONNELLES :
TERRITOIRES en MOUVEMENT

[2021 - 2022 - 2023]



PARLONS EN, ENSEMBLE
au sein de l'IRF du CHU de REIMS

JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE

Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS

Organisée et gérée sous l'égide de KOP

n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK 0035038

JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



ManagerSante.com



appel medical
par randstad.



CHU DE REIMS

Pré-Programme
au
08 04 2022

JNKS REIMS 2022 Jeudi 22 septembre

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée – Séminaire National

Matin
09 h 00 à 12 h 00

Pratiques Professionnelles ... & Politiques Publiques

- **ACCUEIL BIENVENUE** : Direction Générale CHU Reims,
Pierre-Henri Haller, Président du CNKS (13), Hervé Quinart, DS IRF (51), Sophie Trichot, CSS (51)
- **KALEIDOSCOPE : EVOLUTIONS PROFESSIONNELLES EN COURS**
Pierre-Henri Haller, Président du CNKS (13) & Olivier Saltarelli, Secrétaire Général CNKS (21)

Pratiques Professionnelles... et territoires disciplinaires avec le concours de la Société Française de Physiothérapie SFP

- **RETOURS D'EXPERIENCES**
 - **Kinésithérapie Salariée & Gériatrie** : chambre des erreurs,
Frédéric Desramault MK (76)
 - **Kinésithérapie Salariée & Covid long**
En attente de confirmation de l'intervenant

Pause Déjeuner

Après midi
13 h 30 – 17 h30

Pratiques Professionnelles intra-extra & Interpro ...

- **RETOURS D'EXPERIENCES REGIONALES**
 - **TEMPS PARTIEL EXERCICE MIXTE**
En attente de confirmation de l'intervenant
 - **DYSPHAGIE ... & NORME INTERNATIONALE D'ALIMENTATION**
En attente de confirmation de l'intervenant

Pratiques Professionnelles ... évolutions des dispositifs

- **KINESITHERAPEUTES SALARIES : FORMATION CONTINUE, CERTIFICATION**
avec Paul Vermot, Jean Gournay, Julien Groues et Sophie Trichot

18 h 30 ACCUEIL en MAIRIE

19 h 30 SOIREE CONVIVIALE sur inscription individuelle complémentaire

PARLONS EN, ENSEMBLE
CHU de REIMS



JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



ManagerSanté.com



appel medical
par randstad.



CHU DE REIMS

Pré-Programme
au
08 04 2022

JNKS REIMS 2022 Vendredi 23 septembre

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée - Séminaire National

Matin
09 h 00 à 12 h

Pratiques Professionnelles ... et « territoires disciplinaires » avec le concours de la Société Française de Physiothérapie SFP

• RETOURS D'EXPERIENCES

- Kinésithérapie Salariée & Brulés,
Emilie Rouvière, CDS MK (83)
- Kinésithérapie Salariée & Amputés
En attente de confirmation de l'intervenant

Pratiques Professionnelles : professionnalisation & diversification des territoires au cœur de l'attractivité fidélisation

- **ETUDES & ENQUETES du GROUPE DE TRAVAIL ACCES**
Véronique Grattard, CSS MK (25)
- **TABLE RONDE TUTORAT MENTORAT PARTENARIAT**
avec Mickaël Duveau MK (45) et Cyprien Guillot (21)
et les représentants des Organisations Professionnelles sollicitées
- **ETUDES & ENQUETES du GROUPE DE TRAVAIL APPOCT**
Valérie Martel, CDS MK (76)
- **TABLE RONDE « MK SALARIE en PRATIQUE AVANCEE » ?**
avec Pierre Henri Haller, Président CNKS & Matthieu Guemann, Président SFP

Pause Déjeuner

Après midi
13 h 30 – 16 h 30

Prix de la Kinésithérapie Salariée

Pratiques Professionnelles : prospectif(s) & territoire(s) de recherche

- **KINESITHERAPEUTES SALARIES & RECHERCHE**
avec Guillaume Fossat, MK (45), Julia Prieur, CDS Rééducateur (76), Caroline Serniclay,
coordonnatrice paramédicale de la recherche (51), Thomas Rulleau MK Clinicien Chercheur (85)

Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com

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

PARLONS EN, ENSEMBLE au CHU de Reims



JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



ManagerSanté.com



appel medical
par randstad.



CHU DE REIMS

BULLETIN D'INSCRIPTION JNKS 22 & 23 septembre 2022

à retourner par mail : formations.kines@kineouestprevention.com

ou par courrier à : KINE OUEST PREVENTION (KOP) 1, allée du Puits Julien - BP 112 - 22590 PORDIC

jusqu'au **11 septembre 2022** : tarif normal ... à partir du **12 septembre 2022** : tarif majoré

remplir en MAJUSCULES svp

NOM

Prénom

Date DE : Date CDS :

Autre Diplôme : Date

RPPS :

IMPERATIF : en cas d'annulation pour cause de reprise pandémique
adresse mail personnelle ou professionnelle :

ET téléphone portable :

Adresse domicile :

Code postal Ville

Prise en charge par la formation continue : à compléter par le responsable de la formation continue de l'établissement, et adresser le bulletin par mail ou par courrier. Une convention de formation sera adressée, par KOP dès réception du bulletin d'inscription, au directeur de l'établissement.

à compléter par le responsable en majuscules svp

NOM

Prénom

Fonction

Adresse

Tél. Fax

email

Fait à le / /

BON POUR ACCORD

Cachet de l'établissement

et signature du responsable de la formation

remplir en MAJUSCULES svp

FONCTION exercée : ☐ Kinésithérapeute

☐ Cadre (service) ☐ Cadre sup (service)

☐ Cadre (enseignant) ☐ Cadre sup (enseignant)

☐ Directeur Soins ☐ Directeur IFMK

Etablissement

Service ou pôle :

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

email

Prise en charge personnelle : joindre au présent bulletin dûment complété, daté et signé, le règlement des frais d'inscription - et prestations annexes s'il y a lieu - par chèque à l'ordre de KOP

A le / /

Signature du stagiaire

TARIFS cocher les cases correspondantes (jours et tarifs)

Jusqu'au 11 septembre : tarif normal	adhérent *	non adhérent
Jeudi 22 septembre	160 € ☐	210 € ☐
Vend. 23 septembre	160 € ☐	210 € ☐
ou les 2 jours	300 € ☐	400 € ☐
Total (à reporter) :	= €	= €
A partir du 12 septembre : tarif majoré	adhérent *	non adhérent
Jeudi 22 septembre	210 € ☐	250 € ☐
Vend. 23 septembre	210 € ☐	250 € ☐
ou les 2 jours	400 € ☐	480 € ☐
Total (à reporter) :	= €	= €

*** à jour de la cotisation 2022 au CNKS**

[cf. ~> www.cnks.org]

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

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

JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :

