

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

et aux hospitaliers ukrainiens

n° 22

sept 2022



KINESI THERAPIE THERAPEUTES

Spécificité(s), Spécialité(s) & Pratique(s) Avancée(s) ?

cnks XXV^e JNKS
Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée - Stratégie Nationale
Jeudi 22 & Vendredi 23 septembre 2022

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE - PROFILS PROFESSIONNELLES
TERRITOIRES EN MOUVEMENT

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

JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE
Session de formation continue conçue et reprise par le CNKS
Organisée et gérée sous l'égide de KO[®]
n° Siret : 3882089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 - DATA DOCK 0035038

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

- **L'édito de la vie présidente** p. 3
- **JNKS REIMS 2022** p.4 à 7
- **Retours et partages d'expériences** p.8 à 20
 - ... En soins critiques au CHRU de NANCY
Marie Frédérique Ferry, Lionel Croci, Nadine Glad et les équipes de kinésithérapeutes
 - ... En pédiatrie Léa Guéret
 - ... Et recherche clinique Julia Prieur
- **Praticoscope** p. 21 à 49
 - Kinésithérapie salariée et Amputés Kevin Arribart, Matthieu Guéman, Hélène Dubois, Julie Durand
 - Kinésithérapie salariée et Rééducation Cardiaque Servanne Prieu
 - Kinésithérapie salariée et Formation continue Cécile Le Moteux
 - Kinésithérapie salariée et Encadrement face au télétravail Marie Claire Sintes
 - Kinésithérapie salariée et Réadaptation Jean Pascal Devailly
- **VIE ASSOCIATIVE** p.50 à 54
CA / rencontre bureau FNEK / interview Présidente FNEK
- **L'ESSENTIEL** Lu pour nous p.55 à 57
Donner et prendre. La coopération en entreprise Norbet Alter, ... P-H Haller
- **ANNONCES D'EMPLOI** p.58 à 59

Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :

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

Photos et images

libres de droit ou DR

JNKS REIMS 2022

#JNKS2022

L'édito de la vice-présidente

Au « sortir relatif » d'années de pandémie, la crise structurelle et fonctionnelle du monde de la santé, que les mesures du Ségur de la Santé n'ont évidemment pas suffit à traiter en profondeur, laisse le monde de la santé exsangue.

Ce monde de la santé, son système, ses dispositifs, et ses professionnels sont appelés, contraints et « volontaires ou désireux » d'une grande remise à plat ! Dont acte !

Reste à savoir dans les grandes concertations annoncées si les nombreux protagonistes des divers organismes de tutelles, des diverses professions seront réellement porteurs des justes attentes des professionnels encore présents et s'ils sauront s'accorder entre eux.

On peut craindre comme nous l'ont régulièrement démontré les différentes réformes ministérielles qui au nom de la stratégie des nombres saupoudraient les uns et négligeaient les autres (prime Veil, pratique avancée, prime réa, ...) que l'histoire se répète.

On peut aussi craindre, du côté des professionnels, que la parfois indispensable stratégie du « tous ensemble contre » ne prévale sur la nécessaire stratégie « du tous ensemble pour » tant les représentations et intentions de chacun, exprimées ici et là depuis l'annonce d'une xième grande conférence concertation, situent l'appétence et la prétention au leadership de chacun. Difficile avec ce type de démarche - malgré le discours apparemment convergent au nom de la Santé Publique - d'imaginer la réussite harmonieuse de tous les membres de l'orchestre dans cette symphonie d'un nouveau monde.

Se reconnaître nécessite de se connaître et de s'entendre préalablement sur les fondamentaux, sur les concepts et définitions, d'en prévoir les avantages et inconvénients pour toutes les parties.

Valérie Martel
Vice Présidente



SPECIFICITE(S) ?

SPECIALITE(S) ?

EXPERTISE(S) ?

PRATIQUE (S) AVANCEE(S) ?

PARLONS EN !



**... entre autre
aux JNKS !**

cnks 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]

CNKS Collège National de la Kinésithérapie Salariée - Association Loi 1901 dédiée aux MKs et cadres Mks Salariés



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

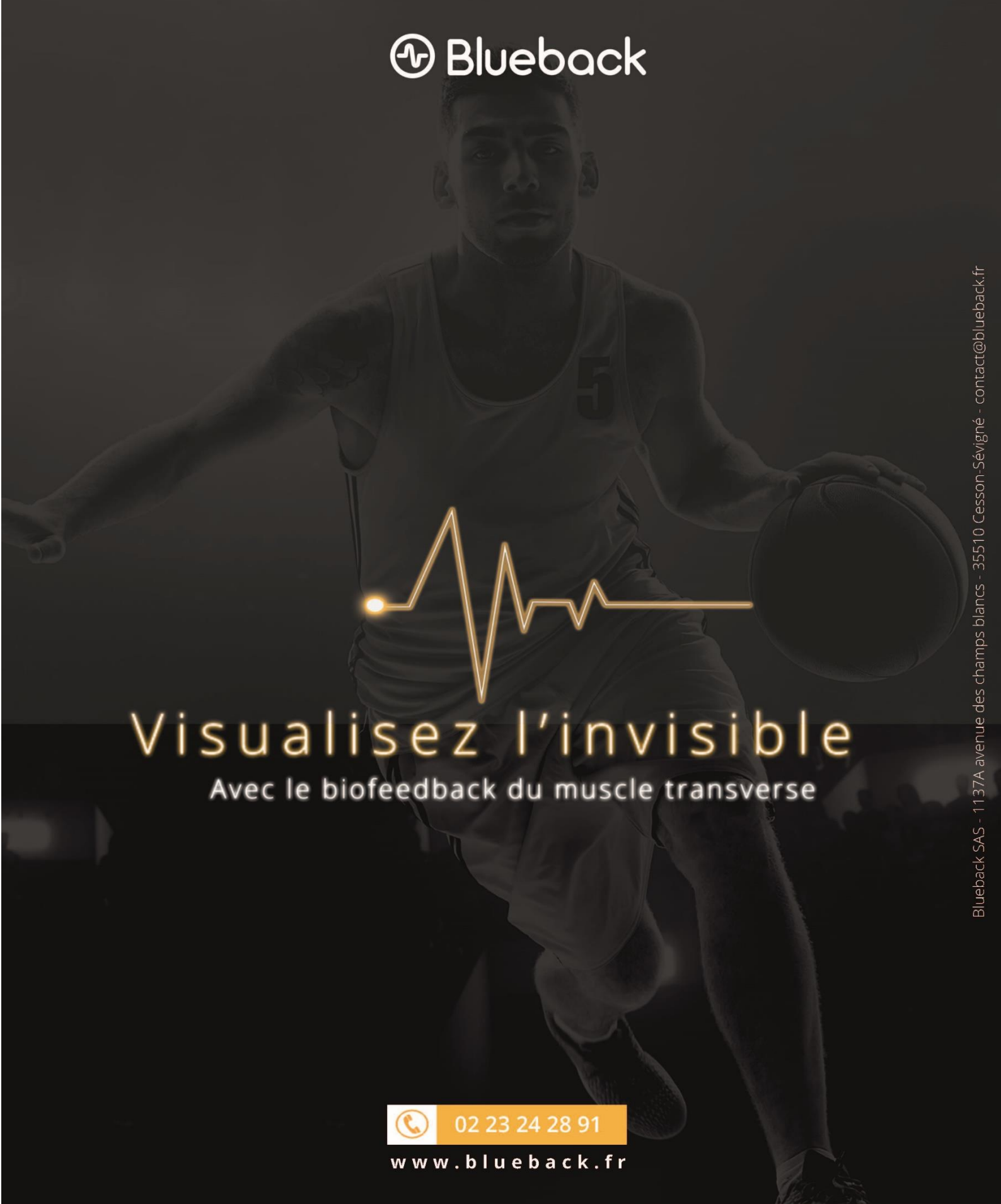


administrées par



en partenariat et avec le soutien de :





Visualisez l'invisible

Avec le biofeedback du muscle transverse

 02 23 24 28 91

www.blueback.fr



SCANNES-MOI

ÉVALUEZ LES SCHÉMAS D'ACTIVATION DU TRANSVERSE

POUR PRÉVENIR LES PATHOLOGIES DU SPORTIF
AMÉLIORER LES PERFORMANCES SPORTIVES
SÉCURISER LES GESTES DE VOS PATIENTS





L'appli pour prescrire vos exercices en vidéo et autonomiser vos patients



Nos services



Programmes d'exercices personnalisés

Accédez à un catalogue d'exercices vidéos didactiques en constante évolution ! Plus de 1 000 exercices thérapeutiques, traitant de nombreuses pathologies : suites de chirurgie, orthopédie, neurologie...



Contenu d'éducation thérapeutique

Les fiches pathologies, les quiz et vidéos 3D, sont des ressources pédagogiques que vous pouvez partager à vos patients, une nouvelle manière d'apporter votre expertise !



Suivi patient

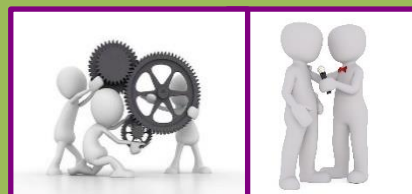
Les indicateurs de santé vous permettent de suivre le niveau de douleur, la difficulté et l'observance aux exercices, au sein de la structure, mais aussi à domicile, idéal pour l'e-HDJ (hospitalisation de jour à distance) !



Téléconsultation avec caméra déportée

La téléconsultation avec caméra déportée et les vidéos de coaching d'exercices d'auto-rééducation facilitent le retour à domicile du patient. La prise en charge en téléadaptation est désormais possible !

RETOURS & PARTAGES EXPERIENCES



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de rapporter

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

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

Ret**E**x



La rééducation en REANIMATION au CHRU de NANCY

Article réalisé par l'ensemble de
l'équipe des kinésithérapeute des
réanimations du Pôle rééducation
CHRU Nancy et de son
encadrement (L. Croci, Nadine
Glad, Marie Frédérique Ferry)

Le CHRU de Nancy dispose d'une capacité de 1688 lits pour un effectif global de 8500 personnes (2021). La rééducation est une discipline clinique qui a vocation à être au service des disciplines dites d'organes. Le service de rééducation (service central non rattaché aux autres services) est géré par Monsieur le Pr PAYSANT, chef de pôle, MF Ferry cadre supérieur en lien avec la direction des soins. La particularité du pôle de rééducation du fait de son historique regroupe 2 conventions différentes (UGECAM et FPH). Le personnel est composé de Médecin (MPR), masseur kinésithérapeutes (72 ETP), ergothérapeutes (10 ETP), orthophonistes (3 ETP), enseignants en APA (3 ETP), psychologues (1 ETP) infirmière (1.5) sans oublier l'encadrement de proximité (4 ETP).

La place de la rééducation est importante, nous intervenons dans l'ensemble des services, dans les parcours d'éducation thérapeutique, au sein des HDJ, et consultations externes. Nous initiions des travaux de recherche, sans oublier la formation soit de professionnel (groupe

KINESITHERAPIE SALARIEE ... EN SOINS CRITIQUES

chute/Simulation Cuesim) mais aussi dans la formation initiale. Notre activité est transversale et se partage au sein des différents sites (5 sites sur l'ensemble de l'agglomération).

Concernant les réanimations et unités de soins continus (USC) et de soins intensifs (USI), qui couvrent les différentes spécialités médicales et chirurgicales, aussi bien chez les adultes, les enfants et les nouveau-nés/nourrissons, elle se situent également sur les différents sites.

Pour rappel, la réanimation est un service spécialisé où sont accueillis et hospitalisés les patients les plus lourds, les plus graves qui doivent bénéficier de traitements spécifiques et de surveillances constantes et multiples de leurs fonctions vitales. En parallèle des réanimations, les unités de surveillance continue sont des services qui assurent une surveillance rapprochée (moins lourde qu'en réanimation mais plus importante qu'en secteur).

Ainsi, le CHRU est doté de 232 lits de réanimation (108) et soins continus / intensifs sur des sites différents :

- 5 réanimations adultes : 94 lits
 - 2 réanimations médicales
 - 1 réanimation chirurgicale polyvalente (polytraumatismes, neurologiques...)
 - 1 réanimation de chirurgie cardiaque
 - 1 réanimation de chirurgie viscérale et thoracique

- **2 réanimations pédiatriques : 32 lits**
 - 1 réanimation pédiatrique et pédiatrique brûlés
 - 1 réanimation néonatalogie
- **9 soins continus : 64 lits**
 - 4 USCC (unité de soins continus chirurgicaux)
 - 2 USCM (unité de soins continus médicaux)
 - 1 SRPR (service de rééducation post-réanimation)
 - 1 USC pédiatrie (unité de soins continus pédiatriques)
 - 1 USPC (unité de soins polyvalents continus post-couche)
- **6 soins intensifs : 61 lits**
 - 1 USIR (unité de soins intensifs respiratoire)
 - 1 UNV SI (unité neuro-vasculaire soins intensifs)
 - 1 USIC (unité de soins intensifs en cardiologie)
 - 1 SI hématologie
 - 1 SI oncohématologie pédiatrique
 - 1 SI néonatalogie

A ce jour, il n'existe plus de réanimation spécifiquement dédiée aux patients atteints de la Covid-19, bien que quelques patients Covid longs soient toujours présents dans quelques réanimations.

Les kinésithérapeutes nancéiens interviennent quotidiennement (semaine, WE et JF) dans les réanimations et soins continus.

A travers cet article, nous souhaitons vous faire part de l'expérience des kinésithérapeutes du CHRU de Nancy. 7 retours d'expérience détaillés ci-dessous. L'ensemble des kinésithérapeutes peuvent partager leur temps entre différents services

Bien que le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute permette d'exercer dans tous les domaines, il est toutefois recommandé qu'il ait une formation spécifique à la réanimation.

Réanimation de chirurgie cardio-vasculaire et transplantation (A. Oudin et M. Guichard)

« Actuellement, dans le service de réanimation de Chirurgie Cardio-vasculaire et transplantation (réanimation CCVT) de Nancy-Brabois, l'activité journalière nécessite 1.5 kinésithérapeute en semaine.

Aurélien, exerçant dans ce service depuis une dizaine d'années, et Maëla qui l'a rejoint depuis moins d'un an. Nous travaillons chaque jour au chevet de patients opérés du cœur et des gros vaisseaux (remplacements de valves cardiaques, pontages aorto-coronariens, remplacement de l'aorte, greffe cardiaque entre autres...). Kinésithérapie respiratoire et mobilisation précoce sont au cœur de notre exercice journalier. Depuis ces dernières années, la recherche clinique résonne également dans notre quotidien puisque nous tenons à faire évoluer nos pratiques, nos connaissances et faire valoir notre métier au sein des services de réanimation. Nos dernières études menées portent principalement sur la valorisation de l'échographie (diaphragmatique ou pulmonaire) comme outil de bilan à disposition du MK dans un service comme celui-ci afin de parfaire notre diagnostic kinésithérapique et optimiser les traitements proposés. Qu'elles soient de relation ou comparatives, ces études nous permettent de garder un œil permanent sur les dernières recommandations et publications scientifiques.

En plus de nous apporter, à nous kinésithérapeutes, des potentiels axes d'améliorations de nos pratiques, les médecins du service en sont très demandeurs et nous encouragent alors dans ce sens. La kinésithérapie respiratoire est encore un domaine où beaucoup reste à être démontré, d'autant plus lorsqu'on y ajoute une spécialité comme la chirurgie cardiaque ! »

Réanimation chirurgicale Picard et soins continus chirurgicaux (L. Devoge et M. Mervelet)

« Nous sommes deux kinésithérapeutes à intervenir en **réanimation chirurgicale Picard et soins continus chirurgicaux** de Brabois Adulte, Laurence et Marine. Nous y rencontrons plusieurs pathologies chirurgicales (chirurgie digestive, thoracique, urologique, vasculaire et ORL). Cette diversité de spécialités chirurgicales est un des principaux attraits de ce service, ce qui nous amène à adapter en permanence nos prises en charge, tant sur le plan respiratoire que locomoteur, et à enrichir régulièrement nos connaissances. Nous apprécions le travail en équipe où chaque professionnel participe à « redonner vie » au patient. La kinésithérapie permet principalement au patient de retrouver une autonomie respiratoire et de se remettre en mouvement. Nous nous impliquons également dans des études de recherche clinique, notamment sur les thèmes du diaphragme ou de l'évolution de l'aération pulmonaire en période post-opératoire. L'ennui et la monotonie ne font pas partie de notre quotidien, nous savons comment la journée commence mais jamais comment elle se termine. »

Réanimations médicales (2 sites) (C. Le Navenant / P. Boes / M. Martyniack / G. Gardin / F. Stemmelen)

Les missions du kinésithérapeute en **réanimation médicale** sont multiples :

- **Respiratoire :**
 - Désencombrement bronchique
 - Peut-être passif ou actif,
 - Chez le patient conscient ou non,
 - Sous ventilation mécanique ou non
 - Ventilation
 - Installation / Adaptation VNI
 - Sevrage ventilatoire
 - Extubation
 - Gestion et sevrage trachéotomie
 - Oxygénation
 - Installation / Adaptation oxygénothérapie
- **Locomoteur :**
 - Récupération fonctionnelle / ré autonomisation : mobilisation précoce
 - Réadaptation à l'effort : cardiaque / ventilatoire : mobilisation précoce
 - Gestion et prévention des troubles/complications du décubitus : Installation lit/fauteuil

On entend par « Mobilisation précoce » : les mobilisations (passive, active aidée, active, active résistée) au lit ou au fauteuil, l'utilisation du cycloergomètre, l'électrostimulation, la reprise de l'équilibration assis au bord de lit (tonus du tronc et équilibre), la verticalisation, le transfert lit-fauteuil en actif, l'installation au fauteuil, la déambulation.

Cette mobilisation précoce est ainsi entreprise chez le patient sous ventilation mécanique (Sonde d'intubation orotrachéale ou canule de trachéotomie) ou non.

- Déglutition/Mastication : Evaluation et rééducation
- Antalgie

La spécificité :

La réanimation est un service très spécialisé alliant technicité et humanité, prenant en charge des patients avec des défaillances mono ou multi viscérales aiguës (arrêts cardiaques, SDRA, hémorragies digestives, chocs septiques, complications liées à la chirurgie cardiaque...).

Cette diversité de pathologies requiert une capacité d'adaptation constantes des thérapeutes, une vigilance accrue et un travail d'équipe multidisciplinaire. Les assistances mises en place pour ces patients sévères prolongent souvent les durées de sédation, altèrent les capacités locomotrices, compliquent le sevrage respiratoire et engendrent des troubles de la déglutition. Nos prises en charge ont donc des orientations à la fois respiratoires, neurologiques et locomotrices. Nous portons une attention particulière à limiter les complications fonctionnelles liées à la réanimation. Nous ré autonomisons les patients le plus précocement possible afin de raccourcir leur durée de séjour. La diversité de ces prises en charge rend le travail passionnant. »

Unité de soins intensifs respiratoires (USIR) (M. Cunin / O. Vin / MC GILSON)

Notre intervention masso-kinésithérapique au sein de l'unité de soins intensifs respiratoires est très variée. Une étroite collaboration avec les médecins et les professionnels paramédicaux est indispensable pour optimiser les soins. Les patients sont pris en charge en phase aiguë lors de détresses respiratoire (Insuffisance Respiratoire Aigüe, Insuffisance Respiratoire Hypercapnique, exacerbation de BPCO, patients neuromusculaires...). La participation active à la mise en place des ventilateurs, des réglages, le choix des interfaces (masques...) et le désencombrement manuel, postural et/ou mécanique (avec un in exsufflateur, un relaxateur de pression voire des aspirations si nécessaires) font partie du quotidien du MK à l'USIR.

En phase plus stable, nous ré autonomisons et ré entraînons les patients aux activités physiques : cela passe par le pédalier (au fauteuil), le cyclo ergomètre avec assistance, le renforcement musculaire, la verticalisation et la marche qui est souvent réalisée sous VNI.

Nous avons également un rôle important dans le sevrage ventilatoire des patients intubés, trachéotomisés ou non.

Enfin, un relai avec les équipes de réanimation médicale et de pneumologie est assuré.

Réanimation pédiatrique (A Gigleux / E. Janiaud Friser / équipe MK)

La **réanimation pédiatrique** de l'hôpital d'Enfants compte 12 lits et 2 lits de soins continus. Parmi les enfants soignés annuellement en réanimation, environ un tiers est prescrit en kinésithérapie : 60% en kinésithérapie respiratoire, 40% en kinésithérapie locomotrice, la saisonnalité pouvant modifier ce rapport. Les spécificités de ce service sont source de grandes richesses dans la pratique du masseur-kinésithérapeute.

Les causes d'entrée dans le service sont très diverses : pathologies congénitales, décompensation de maladies chroniques, post-chirurgies programmées ou non, défaillance d'organes, accidents de la voie publique, grand brûlés, maltraitance, virus hivernaux type bronchiolite... Les soins s'adressent à un large public : nourrisson, enfant, adolescent voire jeune adulte. Cela implique une bonne connaissance des différents niveaux de maturité des systèmes du corps humain. Le MK évalue son patient avec les outils référencés et fixe ainsi des objectifs pour des soins appropriés et personnalisés. En fonction de l'âge de son patient, il adapte son langage et son comportement.

La coordination et la planification des soins MK avec les équipes paramédicale et médicale, notamment face à des enfants instables, permettent un regroupement des soins, limitant inconfort, douleur et fatigue.

Ce travail rapproché en équipe a l'avantage d'une communication homogène face aux multiples questions, incertitudes voire détresse émotionnelle des enfants et des familles.

Face à une notion d'injustice ou de culpabilité parfois ressentie et verbalisée par les parents, le MK écoute et tente de rassurer. Le soin de qualité se construit donc autour du trinôme enfant-parent-MK.

Réanimation néonatale (P. Jezequel / S. Olhagaray)

La masso-kinésithérapie en **réanimation néonatale** s'articule autour de 2 grands axes :

- **La prise en charge respiratoire** : cette prise en charge n'est pas systématique mais répond à un besoin spécifique de l'enfant sur une période plus ou moins prolongée. Elle a pour but le désencombrement ainsi la préparation à l'extubation lorsque le bébé est intubé.
- **Le soutien au développement** :
 - L'aide au positionnement, par la mise en place d'un soutien postural, permet l'émergence d'une motricité adaptée facilitant les comportements d'autorégulation.
 - Ce positionnement prévient également l'apparition d'asymétries posturales pouvant avoir un impact sur le développement sensori-moteur de l'enfant.
 - Si des postures inadaptées s'installent malgré tout, le rôle du kiné est alors de réadapter le positionnement en vue de la correction dans les meilleurs délais.

- Le cas échéant, nous réalisons également des prises en charge orthopédiques (pied bot varus équin, malformations orthopédiques...), neurologiques (plexus brachial, encéphalopathie anoxo-ischémique...) ou sollicitations oro-faciales pour les enfants ayant des difficultés d'alimentation.

SRPR (S. Thiéry)

Un service dédié aux patients neuro-lésés, créé en 2016, le service de Rééducation post réanimation (SRPR) répond à un besoin clairement identifié en Lorraine et jusque-là non couvert pour les patients dit cérébraux lésés d'origine traumatique ou Vasculaire et blessés médullaires, notamment tétraplégiques.

Plus que le type de pathologie, c'est le pari d'une récupération chez ces patients sortant de réanimation, grâce à un programme thérapeutique de rééducation de qualité, qui conditionne l'accueil au sein du SRPR. Le niveau de dépendance des patients et leur besoin en surveillance intensive et en thérapies spécifiques, nécessite une prise en charge par une équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire sur un plateau médico technique de rééducation complet.

SOURCES Générales

- 1. Fourrier F, Boiteau R, Charbonneau P, Drault JN, Dray S, Farkas JC, et al. Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations. Réanimation. Déc 2012;21(S3):523-39.
- 2. ESICM Working Group on Quality Improvement, Valentin A, Ferdinande P. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care Med. Oct 2011;37(10):1575.
- 3. Référentiel de compétences et d'aptitudes du masseur kinésithérapeute de réanimation (MKREA) en secteur adulte: Société de kinésithérapie de réanimation (SKR). Réanimation. Mai 2011;20(S3):725-36.
- 4. Roeseler J, Sottiaux T, Lemiale V, Lesny M, Beduneau G, Bialais E, et al. Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation, chez l'adulte et l'enfant (électrostimulation incluse). Réanimation. Mars 2013;22(2):207-18.
- 5. Légifrance [En ligne]. Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples) ; 7 avril 2002 [cité le 19 août 2022]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000585557>

Ret**E**x



KINESITHERAPIE SALARIEE ... EN PEDIATRIE

"La création du diplôme d'état de kinésithérapeute en 1946 et l'évolution de la médecine dans la prise en charge et la compréhension des enfants a permis aux kinésithérapeutes d'intervenir et de développer leur compétence dans le champ pédiatrique.

Le champ pédiatrique, pour rappel, se définit comme une période allant de la naissance aux 16/18 premières années. Au cours de ces années, certaines pathologies peuvent apparaître et nécessiter une prise en charge plus ou moins longue.

Cette prise en charge est dite « spécifique » dans la mesure où l'on peut retrouver chez les enfants de nombreux tableaux cliniques relevant de domaines variés passant de la rhumatologie à l'orthopédie ou encore à la neurologie.

Elle peut s'avérer, et ce depuis quelques années du fait de meilleures capacités de prévention et/ou dépistage, plus complexe de par l'émergence de tableaux polycliniques regroupés chez un seul et même enfant. Sa complexité relève également du fait que l'enfant est un être en devenir, en pleine construction et qu'une pathologie intervenant à un moment clé du développement pourra impacter l'ensemble de la vie de l'individu.

Avec 738 000 naissances en France (chiffres pour 2021, source Insee), nombreux sont les bébés, enfants, adolescents et jeunes adultes qui auront besoin de kinésithérapie.

Que ce soit en libéral, en centre médico-social ou encore en milieu hospitalier (14,7% des inscrits à l'ordre sont salariés), le kinésithérapeute est amené à intervenir auprès de cette population.

Pour ma part, j'ai toujours voulu travailler avec les enfants et lors de mes études j'ai eu l'opportunité d'effectuer un apprentissage au sein d'un centre d'accueil médico-sociale précoce (CAMSP). J'ai ainsi pu travailler 4 ans (2 ans en tant qu'apprentie et 2 ans en tant que salariée titulaire) auprès d'enfants âgés de 0 à 6 ans porteurs de handicap tels que la paralysie cérébrale, la trisomie 21 ou encore de maladies génétiques rares.

En milieu salarial, le temps s'organise entre les prises en charge et les analyses de pratique, indispensable au questionnement et à l'évolution de ces dernières.

Avec l'émergence de modèles tels que l'Evidence Based Practice (EBP) depuis quelques années, on sent un réel investissement des institutions à s'inscrire dans une démarche scientifique plus rigoureuse et à le revendiquer avec de plus en plus de projets de recherches menés au sein même des hôpitaux/centres etc.

Ces analyses se font généralement en pluridisciplinarité et sous couvert de textes officiels et/ou scientifiques récemment publiés. Je pense notamment aux « recommandations de bonnes pratiques » rédigées et partagées par des comités d'experts suite à une analyse bibliographique scientifique rigoureuse. La dernière en date, publiée par la Haute Autorité de Santé, dans le domaine pédiatrique est celle sur la « Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale » avec des sections spécifiques aux tranches d'âge de 2 à 12 ans et de 12 à 18 ans. (HAS - 12.2021).

Dans ces recommandations, on peut y trouver un ensemble de techniques existantes et choisies pour être analysées scientifiquement dans le domaine de la neuro-pédiatrie.

Ces recommandations constituent un fil rouge sans pour autant être un livre de recette mais permettant d'apporter une bonne base à l'analyse de nos pratiques.

Elles sont sans cesse remises à jour/remise en question avec l'évolution des connaissances physiopathologiques, de l'émergence de nouveau modèle de santé et de l'émergence de nouvelles technologies.

Les nouvelles technologies utilisées et/ou développées dans les services de certains hôpitaux sont en plein essor depuis une dizaine d'année.

En effet, de nouveaux systèmes utilisés par les rééducateurs comme moyens thérapeutiques ou directement développés dans un but rééducatif voient le jour.

En vous parlant de cela, je pense à l'émergence dans la prise en charge rééducative d'outils tels que la réalité virtuelle qui ouvre de nombreuses possibilités tant dans l'interaction que dans l'immersion. Elles permettent, en plus d'amener de la nouveauté et une base intarissable d'exercices, de pouvoir moduler l'environnement en termes de difficulté (intensité/durée/fréquence) ainsi que d'orienter spécifiquement la tâche demandée (en lien avec les recommandations) et ce pour tous types de handicap.

Je terminerais cette partie en évoquant aussi l'ouverture de la formation au domaine scientifique qui permet d'intégrer les kinésithérapeutes dans une démarche d'analyse de pratiques.

Si à mon époque, la recherche scientifique intéressait un petit nombre de thérapeutes, elle est aujourd'hui plus ancrée. En effet, avec la mise en place pour la quasi-totalité des instituts de formation de la rédaction d'un mémoire de recherche ainsi que de l'ouverture au grade master et donc à la poursuite des études plus facile à l'issue du diplôme d'état (DE), on voit de plus en plus de kinésithérapeutes passer le pas du master et du doctorat.

C'est le cas pour moi, après avoir travaillé 4 ans et obtenu deux diplômes universitaires en pédiatrie (DU mention kiné pédiatrique et DU paralysie cérébrale et pathologies associée de l'enfant à l'adulte), j'ai entrepris de m'inscrire dans un master spécifique aux kinésithérapeutes.

Au sein de ce master, un stage est obligatoire et j'ai eu l'opportunité de l'effectuer au sein d'un pôle de recherche dédié à la pédiatrie. Ce stage m'a permis de découvrir une autre facette de notre métier avec les enfants et des similitudes/limites, par rapport à la rééducation, que l'on pouvait y trouver sur une population aussi spécifique. Ce stage m'a permis également de m'inscrire dans une optique de doctorat que je compte commencer prochainement.

A noter qu'à ce jour, il n'existe pas de spécialisation actée de « masseur kinésithérapeute pédiatrique » mais plutôt une orientation de certain(e)s professionnel(le)s au gré de leur formation^[1] et de leur choix d'exercice/service.

Léa GUERET

[1] A noter que certains diplômes sont reconnus par l'ordre des masseur-kinésithérapeutes et peuvent donner lieu à une inscription en plus sur la plaque des MK libéraux mais aucune reconnaissance actée en salariat (ex: pas de majoration d'échelon) - source CNOMK »

Echanger sur le sujet en direct

avec Léa GUERET ?

... aux JNKS REIMS 2022

JNKS 2022

à REIMS

22 & 23 septembre

R et Ex



KINESITHERAPIE SALARIEE REEDUCATION & ... RECHERCHE

La recherche paramédicale s'est développée de façon exponentielle ces 10 dernières années ; en témoignent :

- **la mise en place du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP),**
- **l'universitarisation des formations initiales**
- **et plus récemment la création de la section 91 du Conseil national des universités (CNU).**

Mais qu'est-ce qui motive les rééducateurs à s'engager dans une démarche de recherche ? Comment le cadre de santé peut favoriser cette implication des professionnels ? Voici les questions qui m'ont animée pendant cette année passée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé. Ces questions auxquelles j'ai tenté de répondre par un travail de recherche, dans le cadre du mémoire en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé.

La genèse de ce travail vient d'une problématique à laquelle j'avais été confrontée lors de mon expérience de faisant-fonction.

La question de départ est issue d'une envie de ma part de mobiliser les rééducateurs dans une démarche de recherche paramédicale. Pourquoi la recherche paramédicale me motivait-elle plus que d'autres activités ? La recherche me semblait être un **moyen pertinent de questionner les pratiques cliniques, d'améliorer les connaissances des professionnels de santé, et de garantir la qualité des soins**, en lien avec **l'évolution des techniques mais également des besoins et des attentes des patients et usagers.**

Ce souhait de s'engager dans cette démarche était partagé avec l'établissement dont je suis issue, qui a mis en place une structure de coordination de la recherche clinique en septembre dernier. En effet, c'est un enjeu global que d'engager les professionnels de terrain de s'investir dans la recherche, pour tendre vers **plus d'efficacité et d'efficience des soins**. La recherche c'est également un **outil de collaboration et de coopération interprofessionnelle**, apportant une **valeur ajoutée au service et à l'institution, au bénéfice des patients.**

Malgré tous ces avantages, c'est un domaine encore un peu flou, qui fait peur aux professionnels, nécessitant une méthodologie rigoureuse, ainsi que le respect d'un cadre éthique et réglementaire. La recherche implique surtout une **remise en question de ses propres pratiques cliniques**, pas toujours évidente pour les professionnels de santé.

Alors, en quoi **l'accompagnement par le cadre de santé** est-il un **levier d'implication** des rééducateurs dans la recherche paramédicale ? A ce stade, j'ai proposé deux hypothèses proches : le cadre doit posséder des **compétences andragogiques** pour favoriser l'implication et le cadre doit posséder des **compétences de recherche**.

Pour répondre à cette question de recherche, en explorant la littérature sur la recherche, on se rend compte que la recherche elle-même n'est pas réellement un concept théorisé par les auteurs. Cependant, beaucoup d'articles expliquent le **processus**, les **facilitateurs** et les **freins**. Ce qui ressort particulièrement c'est **la complexité de réaliser de la recherche clinique en parallèle de la pratique courante des soins**.

La professionnalisation et l'universitarisation des études de santé favorisent le développement de compétences spécifiques de recherche et la **culture du questionnement constant**. « *Le soignant est intrinsèquement un chercheur : il cherche résolument à améliorer l'état de santé des patients* » (Michaux, 2013) mais la posture de chercheur nécessite une « *décentration* » pour « *transformer son terrain d'activité en terrain d'études* » (Ardouin, 2020).

Les auteurs s'accordent pour dire que **l'implication des professionnels est primordiale** dans ce domaine complexe et qu'il y a **différents niveaux d'implication** : de contributeur à investigateur, en passant par les métiers supports de la recherche.

Mon cheminement réflexif m'a alors orientée vers des recherches sur l'implication qui pour les auteurs nécessite trois dimensions :

- le **sens** (objectifs et/ou signification),
- les **repères** (référentiel)
- et le **sentiment de contrôler ses actions**, toutes trois liées aux **ancrages psychosociaux**, c'est-à-dire climat social, composante émotionnelle et rapports inter groupes.

Je me suis alors intéressée au **rôle du cadre de santé** et plus particulièrement celui d'accompagnement : **relation pour faciliter l'apprentissage, en vue de l'acquisition de nouvelles compétences**.

Pour le cadre de santé accompagnant des professionnels dans une démarche de recherche, cela suppose le développement de **compétences andragogiques** et un **changement de posture**, afin de résoudre ensemble une problématique, en favorisant le socio-constructivisme.

L'éclairage empirique avait pour objectif d'appréhender les compétences du cadre en lien avec l'accompagnement de projets de recherche. Pour mener ces investigations de terrain, j'ai réalisé dix entretiens semi-directifs, auprès d'encadrants de rééducation. Après les avoir retranscrits et classés, l'analyse des données recueillies, au regard de la théorie, m'a conforté dans l'idée que le rôle du cadre de santé était de **faciliter la démarche**, de **détecter les potentiels** et **repérer les appétences** pour favoriser l'implication des professionnels dans la recherche paramédicale.

L'hypothèse énonçant les compétences andragogiques est partiellement validée, quant à celle portant sur les compétences de recherche est invalidée. Cependant, un travail de recherche réalisé pendant cette année à l'IFCS permet aux étudiants cadres de développer une culture de chercheur, et donc une possible **appétence pour la recherche**. Pour ma part, cela a renforcé mon souhait d'accompagner les professionnels à **interroger leurs pratiques**, à les comparer avec la littérature pour ainsi, **amorcer la démarche de recherche**. Pour prolonger ce travail, j'aurai le souhait de solliciter les professionnels de terrains pour connaître les facteurs qui jouent sur leur implication dans la recherche, sur la naissance de leur appétence pour le sujet, sur « qu'est-ce qui les motive ? ».

La notion de motivation est apparue au décours des lectures faites à propos de l'implication, car ces 2 notions sont intriquées. La motivation a été théorisée par de nombreux auteurs et est relativement complexe à définir.

Nous pouvons retenir la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985), dans laquelle, la régulation de la motivation est liée avec 3 besoins psychologiques fondamentaux :

- compétence,
- autonomie
- et proximité sociale,

mais aussi dépend de l'orientation de la personnalité et à l'environnement social. Malgré des facteurs intrinsèques, le cadre de santé peut donc jouer un rôle sur la motivation des professionnels pour susciter leur implication dans des activités de soins.

Le défi est d'intégrer les soins de recherche dans les soins courants. Pour ce faire, quelques pistes de travail issues des recherches théoriques et des expériences de terrain partagées par les différents cadres de rééducations interrogés sont à retenir : on peut permettre une **acculturation globale des professionnels de santé à la recherche** par le biais d'**informations**, de **formations**, de **partenariats pertinents**, par leur **implication à toutes les étapes** ; mais aussi par la **communication** et la **valorisation** de la recherche. Mettre en place des **stratégies pour recenser les potentialités et les leviers envisageables** pour favoriser la **capacité d'agir des professionnels**.

Julia Prieur
Cadre de santé Ergothérapeute

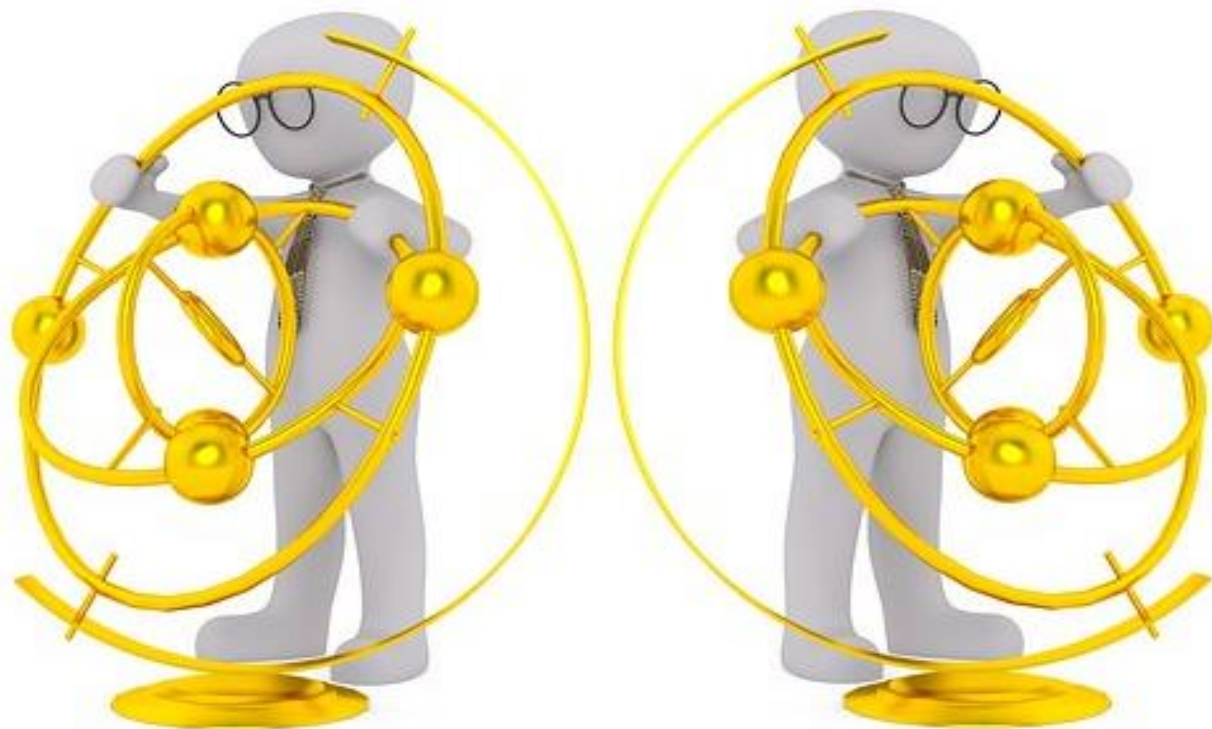
Ardouin, T. (2020). Position(s) et posture(s) du chercheur en sciences de l'éducation en recherche et formation, quelle place et rôle de l'ingénierie ? TransFormations-Recherches en éducation et formation des adultes, 1(20), 7-19.

Michaux, L. (2013). Le soignant chercheur : Pour une recherche humaine en soins. Seli Arslan.

Echanger sur le sujet
en direct avec Julia Prieur ?

JNKS 2022
à REIMS
22 & 23 septembre

PRATICO SCOPE



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de d'éclairer

- **les méandres des pratiques administratives, juridiques, réglementaires, ...**
- **les évolutions et perspectives de divers domaines, champs et disciplines, ...**

**qui encadrent l'exercice de la profession
et du métier de Kinésithérapeute Salarié**

KINESITHERAPIE SALARIEE ... & AMPUTATIONS

Prise en charge des patients amputés, évolutions et perspectives

Prise en charge des patients ... avant 2014

Les plus anciens restes humains présentant des traces d'amputations volontaires, datent d'environ 4900 avant J-C et ont été découverts en France, à Buthiers-Boulancourt. Les innovations chirurgicales amenées par Ambroise Paré entre les années 1510 et 1590 représentent un tournant dans la prise en charge des amputations de membre, suivies de l'introduction des antiseptiques et de la stérilisation au 19^{ème} siècle.

La prise en charge en rééducation est beaucoup plus récente, datant du 20^{ème} siècle, à la suite des guerres mondiales où un nombre très important de soldats étaient rapatriés dans les suites d'amputations de membre.

Auparavant, les kinésithérapeutes s'occupaient de la rééducation du patient amputé mais également de la confection de la prothèse. C'est à la fin des années 70 que le métier d'orthoprothésiste a été créé en France, dans le but d'améliorer la confection et l'adaptation des dispositifs médicaux à destination des patients.

En 2014, les kinésithérapeutes qui confectionnaient les prothèses en centre de rééducation durent passer une validation des acquis pour continuer leur activité.

Les emboîtures étaient composées de matériaux lourds, tels que l'acier et le bois, et le chaussage de la prothèse était effectué sans manchon, obligeant l'utilisation de sac de chaussement pour les patients amputés fémoraux. Avec l'évolution des matériaux prothétiques, de nombreux dispositifs (genoux, pieds) étaient nouvellement disponibles, permettant l'acquisition de nouvelles fonctionnalités (descente d'escaliers et de pentes de manière alternée) mais obligeant le patient à s'adapter à chaque nouveau matériel utilisé. Cette non-adaptation du matériel était souvent facteur de retard autant pour le processus d'acceptation que de la rééducation.

La formation initiale en kinésithérapie ne comportait pas d'enseignement sur les matériaux prothétiques, et l'apprentissage était effectué sur le terrain. Les centres prenant en soin cette population de patients étaient peu nombreux.

Cela centralisait les connaissances à la fois techniques et théoriques sur quelques structures uniquement. Au niveau des soins pratiqués, une première phase concernait la préparation du moignon pour l'appareillage. Le drainage, les compressions, le travail musculaire tel que la globulisation ou encore la récupération des amplitudes articulaires physiologiques constituaient les éléments thérapeutiques principaux de cette préparation. Une fois le moignon stabilisé, la seconde phase de soin se concentrait sur la rééducation à la marche avec la prothèse. Les Kinésithérapeutes étaient bien moins équipés qu'aujourd'hui en termes d'outils d'analyse pour orienter et standardiser le soin et le suivi de ces patients.

Prise en charge des patients ... actuelle

Le développement de la prise en soin

Aujourd'hui, le soin et le suivi de la personne amputés a gagné en expertise et en technicité. L'organisation du soin autour de la personne amputé nécessite des équipes avec des compétences spécifiques avec des champs de compétences variés mais complémentaires et essentielles pour l'amélioration des patients.

Ces équipes sont constitués d'Aides-soignants, d'Ergothérapeutes, d'Infirmiers, d'Orthoprothésistes de Kinésithérapeutes, de Médecins, d'Orthoprothésistes, de Psychologues, de Psychomotriciens, et parfois d'Ingénieurs.

Au niveau géographique, l'offre de soin s'est également étendue avec de plus en plus de centres de rééducation ayant les moyens et les compétences pour accueillir des patients amputés.

Les connaissances médicales, paramédicales et les techniques se sont étendues sur le territoire permettant aujourd'hui d'avoir environ 1 centre par région qui a développé une expertise dans la rééducation de la personne amputée et dans la mise en place de l'appareillage. En termes de santé publique, c'est une réelle évolution pour les patients qui, sur tout le territoire, ont désormais un accès aux soins dans un périmètre plus facilement accessible

L'augmentation de thérapeutes formés sur le soin des patients amputés a permis d'avoir plus de thérapeutes intervenants au cours de la formation initiale. Cette formation initiale comporte aujourd'hui des cours magistraux (entre 4 et 6 heures par institut de formation) et travaux pratiques plus conséquents, introduisant les notions de bases concernant les matériaux prothétiques et les possibilités fonctionnelles qu'ils permettent au patient.

L'évolution de l'appareillage

Ces dix dernières années, une réelle évolution s'est retrouvée dans des dispositifs prothétiques que ce soit au niveau des manchons qui sont disponibles en différentes matières et de plus en plus personnalisés, ainsi que l'intégration de composants électroniques pour certaines articulations comme la main, le coude, la hanche, le genou, ou encore la cheville.

Cette évolution est en partie due à un gain d'intérêt de la filière technologique et ingénieur pour l'appareillage, une démocratisation et acceptation dans la population générale (médiatisation du para-sport) et bien évidemment à la miniaturisation et à la précision des composants électroniques (Figure 1). Cela va de pair avec l'image des patients amputés auprès de la population générale, Certaines personnes ayant bénéficié d'opérations chirurgicales ou d'appareillages spécifiques exposent ces caractéristiques sur les réseaux sociaux, participant à ce changement de vision des personnes amputées.

Le sport a également joué un rôle d'accélérateur avec le développement d'équipement à la pointe de la technologie et de la mécanique à destination des patients sportifs.

Le rôle du Kinésithérapeute

L'intervention du Kinésithérapeute aujourd'hui se veut plus globale. L'objectif étant d'accompagner le patient dans sa rééducation de la manière la plus individualisée possible et de l'amener vers une autonomie la plus complète possible.

Les kinésithérapeutes ne vont quasiment plus intervenir sur le matériel prothétique. Ils collaborent avec les orthoprothésistes qui confectionnent la prothèse afin d'adapter au mieux l'appareillage. Cette phase est essentielle car elle permet d'améliorer le confort de la prothèse et donc joue sur l'acceptation et l'utilisation du matériel prothétique.

Une prothèse inconfortable ne sera jamais utilisée, acceptée et intégrée au schéma du patient. Le choix de la prothèse et de son système d'attache dépend des capacités du patient (état physiopathologique), ainsi que de ces attentes et objectifs.



Figure 1 : Exemples de dispositifs prothétiques à destination de la déambulation et de la pratique sportive, genou mécanique de sport (A), Lame de course (B), genou mécatronique (C), Hanche mécatronique (D), ensemble genou mécatronique-pied (E). Disponibles sur : <https://www.ottobock.com>, <https://www.ossur.com>, <https://www.proteor.com>

Cela passe souvent par plusieurs essais de matériel, des discussions avec les équipes médicales mais aussi d'échanges entre patients. Cette approche bio-psycho-sociale va permettre aux différents acteurs d'orienter la rééducation vers l'intégration du patient dans son environnement avec et sans prothèse.

Le champ d'action du kinésithérapeute dans le parcours du patient peut aller du préopératoire jusqu'à la pratique d'un sport en compétition. Ses choix thérapeutiques sont guidés par une approche de pratique basée sur les preuves permettant d'orienter son raisonnement clinique.

Dans sa pratique quotidienne, le Kinésithérapeute va adapter sa prise en charge en fonction de la pathologie initiale, prendre en charge tous les types douleurs (douleurs musculosquelettiques, douleurs du membre résiduel, douleurs fantômes), intervenir sur la trophicité du moignon avec des techniques de drainage et de bandages, travailler la sensibilité, lutter contre les attitudes vicieuses, travailler les muscles de manière adaptée (la globulisation ne s'utilise que dans très peu de centre dorénavant avec l'amélioration des moyens de suspension prothétique), travailler le système cardio-respiratoire, l'équilibre, la proprioception, le schéma corporel ou encore la déambulation avec et sans prothèse.

La rééducation à la marche avec prothèse est une étape importante dans le parcours de soin du patient. Cela signifie un gain d'autonomie dans ses déplacements.

Elle participe aussi à amélioration de la confiance et de l'estime de soi. Cette phase se fait en étroite collaboration avec les orthoprothésistes car les alignements prothétique (notamment pour les articulations du genou et de la cheville) évoluent avec l'utilisation de la prothèse du patient et de sa mise en charge (longueur de pas, vitesse de marche etc.).

En parallèle de cela, et tout au long du séjour à l'hôpital ou en centre, La mise en place de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient se sont très largement développés, ainsi que l'adaptation et la mise en place d'aides au domicile avec les ergothérapeutes et assistants sociaux, et le travail sur le schéma corporel et l'acceptation de l'amputation avec les psychomotriciens et psychologues.

Ces dernières années, l'utilisation d'outils technologiques s'est aussi développée. Que ce soit l'utilisation de plateau d'équilibre, de casques de réalité virtuelle pour la rééducation, mais aussi l'utilisation d'outils pour aider lors des bilans, tels que des semelles connectées pour le schéma de marche et l'appui sur la prothèse, les salles d'analyse du mouvement ou de capteurs inertiels embarqués.

Pour être pleinement exploités, ces outils demandent de nouvelles expertises et passent actuellement par une collaboration de plus en plus étroite avec des ingénieurs en biomécaniques, en matériaux, en analyse de signal. Certains centres encouragent même les Kinésithérapeutes qui souhaitent acquérir de nouvelles compétences à se former (Master, DU) pour ensuite pouvoir s'occuper de cette partie du parcours de soin.

Perspectives de prise en charge

Malgré l'augmentation des centres et des professionnels compétents pour suivre des personnes avec une amputation, la rééducation « spécifique » de la personne amputée est assez peu représentée en France. A l'instar de plusieurs pays qui ont depuis des années une associations professionnelle, un tableau de suivi épidémiologique, ou encore des recommandations de bonne pratique, la France ne disposait pas de tels outils.

Cependant, depuis 2 ans, le groupe d'intérêt (GI) « rééducation et amputation » de la Société Française de Physiothérapie a été créé, réunissant des professionnels passionnés et experts du domaine. Les objectifs principaux de ce groupe sont de fournir des informations sous formes de différents supports aux patients et leur entourage ainsi qu'aux thérapeutes (dont les kinésithérapeutes) issue des dernières données de la science.

Les membres souhaitent aussi participer à la recherche scientifique en diffusant les projets en cours, en établissant des guides de recommandations et en communiquant lors d'événements nationaux et internationaux. Depuis l'année dernière, le GI participe aux réunions du groupe international de la World Physiotherapy sur le soin de la personne amputée. Le retard est donc en train d'être comblé.

Au niveau de l'évolution de la rééducation, dans le futur, les objectifs resteront les mêmes, mais les modalités de soins vont certainement évoluer vers une précision ou une optimisation des techniques et outils utilisés avec le développement de la pratique basée sur les preuves, une augmentation du temps de suivi des patients une fois le retour à domicile effectué grâce notamment à l'utilisation d'application d'auto-exercices effectués au domicile avec contrôle régulier du thérapeute, ainsi qu'une introduction de plus en plus précoce de programme d'auto-exercices et d'activité physique en hôpital dès les premiers jours en post-opératoires.

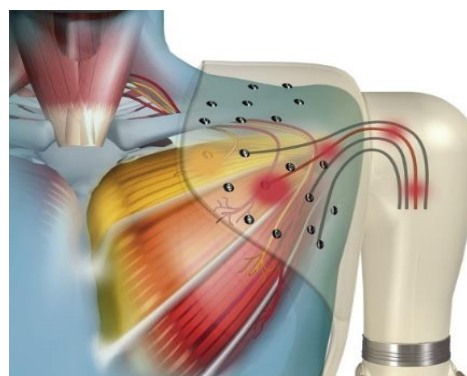


Figure 2 : Réinnervation Musculaire ciblée (TMR). Des électrodes sont placées en regard des muscles nouvellement réinnervés avec les nerfs du membre supérieur. <https://www.ottobock.com>

L'avancée des techniques chirurgicales et des technologies associées va aussi modifier certains paramètres du soin notamment sur le temps d'apprentissage, et d'utilisation des prothèses.

Les nouvelles et futures approches chirurgicales telles que l'ostéo-intégration et la réinnervation musculaire/sensorielle ciblée permet de récupérer plus de signaux musculaires pour faire fonctionner la prothèse, de capter les signaux dédiés à la fonction princeps (i.e. nerf médian pour la fermeture de la main), et aussi diminuer les douleurs du membre fantôme (Figure 2).

L'ostéo-intégration permet également d'avoir un point de fixation directement sur l'os et le patient est ainsi affranchit de tout système de harnais (pour le membre supérieur) et d'emboiture (pour le membre inférieur) (Figure 3). Cela améliore le confort et la facilité d'utilisation et diminue les douleurs provoquées par ces matériels. Si ces techniques sont utilisées plus communément à l'avenir en France, les kinésithérapeutes devront adapter leurs prises en charge.

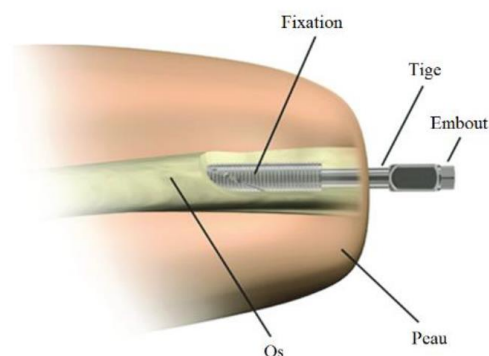


Figure 3 : Ostéointégration fémorale. D'après Hansson E et al. Patients with unilateral amputation treated with a percutaneous osseointegrated prosthesis. The bone & joint journal. 2018 : 100 (4)

Aujourd'hui, une fois le séjour hospitalier terminé, les patients reviennent voir l'équipe médicale uniquement s'ils rencontrent des problèmes avec leur prothèse. Et bien souvent ils viennent surtout voir l'orthoprothésiste pour des soucis de réglages. Il est alors très difficile d'avoir des informations sur l'utilisation réelle de la prothèse au quotidien comme le nombre d'heures portées, le type d'activités réalisées avec... etc.

La démocratisation des technologies telles que les applications sur téléphone lié aux composant de la prothèse va permettre ce suivi plus détaillé afin de proposer au patient des soins/ajustements/évolutions adaptés à son activité quotidienne.

D'autre part, notamment pour le membre supérieur, il existe une sous-utilisation des prothèses dès lors que les patients retournent chez eux. Les raisons de cet abandon/réduction d'utilisation sont multiples. On y retrouve la douleur, le caractère non intuitif de la commande, et le manque d'information sensorielle entre autres.

L'évolution des dispositifs médicaux dont notamment l'apparition de la réalité virtuelle avec des casques et des applications que les patients pourront utiliser chez eux va impacter l'amélioration de la poursuite des soins à domicile et potentiellement jouer sur l'autonomie des patients.

Les nouveaux outils prothétiques continuant de se développer, la collaboration et l'intégration des kinésithérapeutes ains que des patients, dans des laboratoires de recherche avec des ingénieurs et des concepteurs de prothèse, va devenir de plus en plus fréquente. La recherche actuelle s'oriente vers la confection de matériaux toujours moins fatigants, plus intelligents et plus personnalisés.

Au niveau pédiatrique nous observons aussi l'essor des prothèses issues de l'impression 3D. C'est une option intéressante qui permet d'avoir des prothèses à moindre coût, avec des fonctions limitées, certes mais qui peuvent facilement être remplacées pour s'adapter à la croissance des patients.

Enfin, un des défis majeurs des prochaines années va être l'intégration de signaux sensoriels en cohérences avec la commande motrice permettant de recréer les différentes sensations qui régissent notre interaction avec le monde extérieur (proprioception, touché, pression etc.). Nous serons alors dans une phase d'amélioration de l'appropriation et de l'agentivité du patient par rapport à sa prothèse permettant d'inscrire pleinement le dispositif dans le schéma corporel et dans les activités du quotidien.

ARRIBART Kevin
Kinésithérapeute Institut Robert Merle d'Aubigné
Enseignant en IFMK
Pilote Groupe d'intérêt Rééducation et Amputation –
Société Française de Physiothérapie

GUEMANN Matthieu
Chercheur à l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées
Enseignant en IFMK
Président de la Société Française de Physiothérapie

DUVOIS Hélène
Kinésithérapeute Institut National des Invalides

DURAND Julie
Kinésithérapeute Institut National des Invalides
Enseignante en IFMK.
Co-pilote Groupe d'intérêt Rééducation et Amputation –
Société Française de Physiothérapie

**Echanger sur le sujet en direct
avec Kevin Arribart
et Matthieu Guemann ?**

**JNKS 2022
à REIMS
22 & 23 septembre**

KINESITHERAPIE SALARIEE ... & REEDUCATION CARDIAQUE

La réadaptation cardiaque est, à l'heure actuelle, une approche pluridisciplinaire des patients porteurs de pathologie cardiaque. Si l'exercice physique proposé et adapté au patient reste un des piliers principaux de la prise en charge ; le concept de réadaptation cardiaque est également synonyme de prévention médicamenteuse, d'éducation thérapeutique du patient, de sevrage tabagique, de suivi diététique, de gestion du stress et également d'accompagnement au retour à la vie professionnelle.

Le concept de réadaptation cardiaque tel que décrit ci-dessus est relativement récent. Les premières « traces écrites » décrivant l'infarctus et sa prise en charge datent de 1772 ; et il aura fallu de nombreuses années avant que l'exercice physique ne fasse consensus dans le traitement des pathologies cardio-vasculaires.

C'est le Dr William HEBERDEN qui en 1772 décrit un « désordre de la poitrine » sous le nom de « angina pectoris ». Le patient type est alors « un homme de 50 ans au cou court et avec un certain embonpoint ». Il décrit précisément le type de douleur, les circonstances de la survenue (effort intense) ainsi que le risque élevé de mort subite. Il avait alors mis en lien avec ce descriptif, le cas d'un patient qui effectuait 30 minutes d'effort modéré par jour et dont les symptômes avaient disparu.

En 1912, Herrick décrit l'infarctus et préconise que les patients restent alités durant 2 mois. En 1939/1952, Mallory décrit un processus de cicatrisation sur 6 semaines, et renforce la préconisation du décubitus strict.

En 1953 Morris publie une série de travaux mettant en lien le risque d'infarctus et le niveau d'activité physique lié à la profession. Il décrit ainsi que la proportion de patients coronariens au sein d'une entreprise de bus londoniens était nettement différente entre les chauffeurs sédentaires et les receveurs beaucoup plus actifs. Si le risque de mortalité cardiaque était nettement diminué pour les receveurs, Morris mettait également en avant que la taille des uniformes (et donc le surpoids) se trouvait également proportionnel au risque de mortalité cardiaque.

Ces travaux avaient été accueillis avec un grand scepticisme à l'époque.

En 1964, l'OMS définit pour la première fois la réadaptation cardiaque ainsi : « *La Réadaptation Cardiaque est constituée par l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre au malade ses capacités antérieures et d'améliorer même sa condition physique et mentale, lui permettant par ses moyens propres une place aussi normale que possible dans la Société* ».

Il faudra attendre la fin des années 70 /début 80 pour que le réentraînement à l'effort soit considéré comme bénéfique de manière précoce en post aigu.

Il est également démontré que les mécanismes sont surtout d'ordre périphériques (adaptation des fibres musculaires et du métabolisme) avec l'apparition des tests d'effort métabolique (VO₂).

En 1992, un groupe de travail au sein de la Société Française de Cardiologie voit le jour : « groupe exploration fonctionnelle et réadaptation des cardiaques ». Ce groupe sera à l'origine de nombreux travaux multicentriques et fusionnera en 2009 avec le groupe de cardiologie du sport pour former le GERS (Groupe Exercice Réadaptation et Sport).

EN 1992 toujours, l'OMS revoit sa définition du concept de la Réadaptation Cardio Vasculaire comme étant : « *l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté* ».

En 1997, la SFC publie les premières recommandations sur la réadaptation cardiaque de l'adulte. En 2006 un registre multicentrique français rapporte un risque de complications très faible de la réadaptation cardiaque actuelle avec, chez 25420 patients, 20 évènements cardiaques dont un arrêt cardiaque récupéré et aucun décès sur une année (65 centres).

Les dernières recommandations de la SFC ont été actualisées en 2012 et décrivent la prise en charge pluridisciplinaire et globale du patient.

Ainsi, si le concept de réadaptation cardiaque est maintenant assez ancien, les preuves scientifiques de ses bénéfices sont plus récentes et une littérature de plus en plus étayée est aujourd'hui disponible pour démontrer clairement les bénéfices d'une telle prise en charge ; la réadaptation bénéficie de recommandations internationales de grade I A sur la base de « l'evidence-based medicine ».

Concernant l'exercice physique, les bienfaits sont multiples :

- Actions sur les facteurs de risques cardiovasculaires « classiques » : correction de la sédentarité, baisse de la pression artérielle, du diabète, du cholestérol et du stress, en lien avec la pratique régulière d'une activité physique.
- Actions sur les vaisseaux sanguins, avec une augmentation du shear stress.
- Actions sur le système nerveux autonome avec une régulation de la balance sympathique/parasympathique. La fréquence cardiaque de repos est diminuée, la variabilité sinusale améliorée et les risques d'arythmies sont minorés.
- Actions sur les systèmes respiratoire et musculaire : amélioration de l'efficacité ventilatoire et amélioration de la force ainsi que de l'endurance musculaire. Ce mécanisme est en lien avec une modification du type de fibres musculaires, mais également du fonctionnement mitochondrial qui permet une optimisation de l'extraction et de l'utilisation de l'O₂. Ces bienfaits sont factuellement mis en évidence à l'aide d'épreuve d'effort métabolique (VO₂).
- Actions anti-inflammatoires : avec la réduction des marqueurs sanguins d'inflammation.

Toutefois, la réadaptation cardiaque ne se limite pas au réentraînement à l'effort. Le concept, du fait de sa multidisciplinarité permet une prise en charge globale du patient. L'Education Thérapeutique du Patient occupe une place indispensable dans la prise en charge.

Ainsi, à l'heure actuelle en France, la réadaptation cardiaque est divisée en 3 phases :

1. Phase I: Mobilisation précoce en hôpital
En général de J1 à J15, elle a pour but de limiter les effets du décubitus et d'assurer un lever précoce. Elle est basée sur des soins de kinésithérapie très variables selon les capacités fonctionnelles du patient (mobilisation, traitement antalgique, premier lever, marche, escaliers...)
2. Phase II: Réadaptation ambulatoire (HDJ) ou hospitalisation complète (HC) après la sortie de l'hôpital.

Environ de 3 à 4 semaines en HC, elle est de 2 à 4 mois en HDJ, à raison de 2 à 3 séances par semaine. Cette phase propose différents tests de début de prise en charge (épreuve d'effort métabolique, Résistance Maximale, évaluation fonctionnelle, test de 6 minutes...); qui sont reproposés en fin de séjour afin de pouvoir quantifier et comparer les résultats obtenus.

L'objectif de cette phase est d'améliorer les capacités à l'effort. Différents moyens peuvent être utilisés : cycloergomètre concentrique ou excentrique, tapis de marche, ergomètre à bras...

L'activité physique proposée par les kinésithérapeutes ainsi que des Enseignants en APA répond à deux grands axes principaux : le travail en endurance et le renforcement musculaire.

Le travail en endurance est proposé principalement sur cycloergomètre. Un test d'effort métabolique permet en amont de définir des seuils de ré-entraînement aérobie et anaérobie et permet ainsi de proposer différents entraînements au patient. Soit en « continu », soit en « interval training ». Il est nécessaire de réévaluer quotidiennement le patient à l'aide d'une échelle d'évaluation de la dyspnée (BORG), afin de s'adapter en permanence au ressenti du patient.

Le travail de renforcement musculaire est complémentaire, notamment pour des patients ayant des capacités fonctionnelles à l'effort fortement altérées. La mesure d'une RM (résistance maximale) permet de mettre en place un protocole en terme de résistance ainsi que de répétition de séries.

Le suivi du patient en Education Thérapeutique durant cette phase est primordial pour assurer une prise de conscience et, dans la mesure du possible, la mise en place d'habitudes de vie adaptées ; ainsi que le maintien d'une activité physique durant la phase suivante.

C'est dans ce volet d'éducation thérapeutique que la prise en charge pluridisciplinaire prend tout son sens. Un entretien individuel va permettre de cibler les différents facteurs de risque cardio-vasculaires potentiellement présents pour chaque patient (tabac, stress, surpoids, sédentarité, HTA, cholestérol, hérédité et diabète).

Une partie de ces facteurs de risque est non modifiable. En revanche, un certain nombre d'entre eux peuvent être modifiés, voire supprimés suite à une prise de conscience et un changement des habitudes de vie.

Dans cette démarche, qui s'inscrit dans le temps, le patient est rendu acteur de sa prise en charge et bénéficie de l'accompagnement de différents professionnels (cardiologues, rééducateurs, IDE, diététiciens, tabacologue, psychologue).

3. Phase III: Réadaptation au long cours, à l'issue du séjour en SSR.

Il s'agit d'une phase « d'entretien » extra hospitalière, dans laquelle le patient se retrouve pleinement acteur. C'est le retour à la vie active, et le moment d'orienter le patient si ce n'est pas déjà le cas vers des associations, centre de sport ou club cœur et santé. L'effet de groupe étant un facteur non négligeable qui permet de maintenir l'assiduité de l'exercice physique.

L'exercice physique proposé aux patients constitue la pierre angulaire de la réadaptation cardiaque, de par ses bénéfices parfaitement démontrés sur la qualité de vie et les critères de mortalité. Toutefois la RCV englobe une approche pluridisciplinaire qui regroupe, la prévention médicamenteuse, l'Education Thérapeutique, le sevrage tabagique, la gestion du stress, le suivi et l'éducation diététique ainsi que l'aide à la réinsertion professionnelle. Une équipe d'intervenants spécialisés est donc nécessaire : cardiologues, masseurs-kinésithérapeute, EAPA, ergothérapeutes, diététiciens, tabacologue, IDE, psychologue et assistante sociale.

En France, seuls 30% des post-SCA (avec des disparités régionales importantes) et moins de 20% des insuffisants cardiaques peuvent bénéficier de cette prise en charge. Essentiellement en raison du manque de lits et place pour les accueillir.

Servane PRIEU
Cadre de rééducation
Hôpital Léon Bérard

Bibliographie

B. PAVY, CNH –CARDIOH-N°36 , 2016.
D.KHATRI, JM.CASILLAS, A.HAJJIOUI, Revue de Médecine Générale et de Famille, n°8, 2018.
Publication FFC juin 2021.
Réadaptation cardiaque : les preuves scientifiques récentes de ses bénéfices, article FFC, juillet 2020.

KINESITHERAPIE SALARIEE ... & FORMATION CONTINUE

*La Formation Continue, tout au long de la vie, ... :
clef passe-partout
ou trousseau de clefs
de la qualité des pratiques professionnelles ?*

La Formation continue :

- *garante de l'efficience & d'adaptation !*
- *vecteur de reconnaissance personnelle !*
- *catalyseur de l'évolution professionnelle !*

Souhaitant être au plus proche de vos préoccupations, nous allons donc vous proposer une série d'épisodes intitulée « Tout ce qu'on ne vous a pas dit sur la formation continue » ou « L'essentiel de ce qu'il faut savoir sur la formation continue ». En effet, lorsqu'un kinésithérapeute a décidé de travailler au sein d'une institution de soins, et donc d'être salarié, la réalisation de ses projets de formation continue ne dépend pas que de lui et de sa motivation. L'affaire est beaucoup plus complexe. Et c'est avec Arthur, Marie, Manon et Louis que nous allons cheminer, au cours de ces épisodes, à travers les méandres de leurs projets. Nous espérons que vous vous reconnaîtrez à travers eux et que nos propositions feront écho dans votre quotidien.

Cécile Le Moteux,
CDS MK formatrice

« L'ESSENTIEL de la FC »

EPISODE 2 :

« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

Marie, cadre de santé kinésithérapeute, accueille dans son service SSR de nombreux stagiaires et cela depuis des années.

Arthur, kinésithérapeute dans l'équipe de Marie, débute en tant que tuteur. Il aime bien cette responsabilité qu'il prend très à cœur car pour lui « *le métier s'apprend vraiment mieux sur le terrain qu'à l'IFMK !* ».

Marie, cadre de santé de métier kinésithérapeute, accueille dans son service SSR de nombreux stagiaires et cela depuis des années. Les stagiaires viennent de différents instituts de formation de la région, parfois d'instituts hors région. Ils suivent tous des études en santé pour devenir rééducateurs, que ce soit en filière en kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité ou orthophonie.

Chacune de ces filières a vécu une réforme de sa formation initiale ces 10 dernières années.

Marie a suivi ces changements grâce aux équipes pédagogiques des différents instituts qui ont proposé plusieurs réunions d'informations destinées aux responsables de stage.

Elle a notamment compris que la place du tuteur au sein de la formation clinique des futurs rééducateurs était centrale.

Cela lui a fait bizarre au début car Marie avait l'habitude, en tant que cadre du service, de suivre de près les étudiants, de leur faire passer des MSP, et de réaliser leurs évaluations de mi-stage et de fin de stage. Les membres de son équipe encadraient bien entendu les étudiants sur le terrain mais elle restait très impliquée dans les apprentissages en stage et participait activement aux missions pédagogiques des tuteurs. Maintenant, les cadres de santé sont identifiés comme les « responsables administratifs » des stages, laissant tout le champ de l'encadrement des stagiaires aux tuteurs. « *Pour preuve, sur la feuille d'évaluation de stage, il n'y a même plus la case pour la signature du cadre !* » dit souvent Marie à son équipe.

Arthur, kinésithérapeute dans l'équipe de Marie, débute en tant que tuteur. Il aime bien cette responsabilité qu'il prend très à cœur car pour lui « *le métier s'apprend vraiment mieux sur le terrain qu'à l'IFMK !* ». Il fait de son mieux pour expliquer ce qu'il fait au quotidien avec les patients et transmettre sa passion pour la neurologie adulte. Mais Arthur se sent encore en difficulté quand il s'agit d'évaluer les stagiaires sous sa responsabilité. Il aimerait être exigeant car il estime cela important pour la qualité des soins délivrés. Mais, il ne souhaite pas non plus démotiver les étudiants. Bref il n'est vraiment pas à l'aise dans cette partie du tutorat et demande souvent de l'aide à Marie.

Et ne parlons pas du portfolio ! « *Quelle perte de temps toute cette paperasse !* » vocifère souvent Arthur avec ses collègues au moment des bilans de mi-stage ou de fin de stage.

A la dernière réunion à l'IFMK, Marie et Arthur ont assisté à la présentation d'une instruction de la DGOS concernant la formation des tuteurs de stage paramédicaux. Cette instruction recommande aux tuteurs de stage de se former au tutorat, notamment depuis la réforme des études, afin de mieux comprendre ce qu'il est attendu d'eux. La DGOS a établi le programme de la formation et sa durée : 28h. Arthur se dit qu'il n'a pas besoin de se former car il est diplômé de la première promotion post réforme ! Mais Marie souhaite qu'il la fasse. En effet, elle est persuadée que cela pourrait lui apporter beaucoup, non pas sur la réforme mais sur l'évaluation et l'utilité du portfolio. Plusieurs professionnels de son service l'ont déjà faite, et globalement ils sont plus à l'aise depuis !

Arthur est sceptique mais ne peut refuser. Marie demande à Louis, le cadre du service formation, s'il sait où faire cette formation. En effet, l'IFMK la propose mais n'avait pas assez de places pour cette année. Louis se renseigne : cette formation est dispensée en général en présentiel par les instituts de formation initiale de la filière concernée, ou par les instituts de formation de cadres de santé. Ce n'est pas proche du centre de rééducation, et comme elle est proposée sur 2 ou 3 sessions, cela va engendrer pas mal de coûts. Louis cherche alors si cette formation existe sous un autre format plus « souple ».

Après plusieurs recherches infructueuses, Louis arrive à trouver quelques offres de formation en format hybride avec des capsules vidéo et des regroupements en alternance. Marie repart avec toutes ces possibilités pour étudier leurs propositions et trouver celle qui conviendra le mieux à Arthur.

Arthur a fini la formation au tutorat, Marie et lui ont finalement opté pour celle engendrant le moins de déplacement et le moins de coûts.

Malgré ses réticences, Arthur est satisfait : *« Je ne m'attendais pas du tout à cela ! Je pensais qu'on allait nous parler des études et nous « vendre » le portfolio ou nous écouter parler de nos difficultés pendant des heures ! Je me suis trompé.... En fait, on a appris comment se passe l'apprentissage d'un geste ou d'une théorie, comment il faudrait faire en tant que tuteur pour rendre ça performant, comment on peut motiver un étudiant ou voir qu'il a des problèmes, et même ce qu'il faudrait mettre en place pour que les évaluations de stage soient efficaces et que le remplissage du portfolio nous prenne moins de temps ! ».*

Arthur devra maintenant mettre tout cela en application avec Marie mais il revient avec plein d'idées et de motivation à tutorer !

La formation au Tutorat est une formation non obligatoire pour les tuteurs MK, mais vivement recommandée. Au-delà d'avoir la certification nécessaire pour accueillir des étudiants de certains IFMK, cette formation est un réel apport pour les MK souhaitant s'impliquer dans la formation actuelle. Des compétences spécifiques sont abordées et des mises en pratique permettent de les développer. Les 4 jours étant la plupart du temps à distance les uns des autres, cela laisse vraiment le temps de mettre en application les éléments de la formation avec les étudiants en stage.

Comment choisir la formule la plus adaptée ? Il est évident que cette formation, de par son intérêt pour la profession, devrait être co-construite par les acteurs de terrain : IFMK, tuteurs et responsables de stage et étudiants. Les acteurs de terrain que sont les soignants devraient s'impliquer davantage dans ce processus afin de pouvoir proposer des actions concrètes et utiles. Afin de garantir une meilleure accessibilité et de valoriser cette formation, celle-ci pourrait être proposée plus souvent en DPC ou être gratuite.

Une formation hybride, avec une partie à distance via des capsules vidéo à travailler en autonomie et une partie en regroupements obligatoires semble intéressante. En effet, elle répond aux différentes contraintes personnelles, professionnelles et institutionnelles. Enfin, il semble également pertinent de choisir une formation au tutorat proposée à un public diversifié (professions de santé diverses, libéraux et salariés, jeunes diplômés et plus anciens) afin de pouvoir bénéficier de visions complémentaires.

Cécile Le Moteux
CDS MK formatrice

BIBLIOGRAPHIE

[Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

[Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

[Psychomotricien - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

[Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

[Section 2 : Les études d'orthophonie \(Articles D636-18 à D636-22\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

[INSTRUCTION N° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

[Haute Autorité de Santé - L'encadrement de stages. La maîtrise de stage/le tutorat \(has-sante.fr\)](#)

JNKS 2022

**Un séminaire éligible
à la formation continue**

C'est à REIMS

**Jeudi 22 septembre
&
Vendredi 23 septembre**

KINESITHERAPIE SALARIEE ENCADREMENT & TELETRAVAIL

En lien avec les périodes de confinement vécues, et face aux particularités des situations de travail imposées par la période de la pandémie de la Covid-19, il est intéressant de se questionner pour tenter de comprendre comment le Cadre De Santé (CDS), dans l'exercice de ses missions, s'est emparé de son obligation de télétravail pour concilier sa fonction d'encadrement à la fois de proximité et en parallèle à distance tout en maintenant les codes managériaux existants ?

Puis de saisir quel a été l'impact de cette organisation novatrice sur la qualité de vie (QVT) des CDS ?

Marie Claire SINTES
CDS MK Formatrice IFMK

Une réflexion s'est imposée de modifier notre culture du présentisme et du contrôle permanent de la fonction de CDS pour plutôt voir se renforcer l'autonomie et l'engagement des équipes de soins.

En développant plus la proximité avec ses équipes de soins, le CDS leur a accordé un niveau de confiance plus important permettant de mieux les manager à distance par le télétravail. Brunel (2012) explique que c'est une organisation décentralisée du travail qui a été progressivement adoptée.

Le télétravail peut être considéré comme un outil attractif ; Taskin (2006) parle de l'importance de l'utilisation des TIC. Le télétravail entraîne une organisation de travail particulière corrélée à une notion de distance du lieu habituel d'exercice et réclamant l'utilisation de techniques de télécommunication efficaces pour rendre ses pratiques managériales plus efficaces.

Nombre de CDS ont de ce fait découvert et appris à utiliser des logiciels de visioconférence, des outils numériques divers qui maintenant appartiennent pleinement à leur exercice quotidien.

Le télétravail, vu comme un défi au départ, s'est transformé, amenant de la flexibilité, de l'individualisation et en bouleversant le principe d'unicité de lieu de travail, Desbarats (2013).

Il impose ainsi la nécessaire adaptation professionnelle mais aussi de conciliation possible entre vie professionnelle et vie familiale. Il serait dès lors devenu facilitateur pour nos nouveaux modes de vie sociétaux comme : l'éloignement de son domicile de son lieu de travail, l'augmentations du temps de trajet dû à la périurbanisation, le constant souci des instances pour l'amélioration de la qualité de vie au travail et enfin pour mieux concilier son exercice professionnel avec sa vie privée.

Certes, le télétravail en changeant les paradigmes, bouleverse les fondements du temps de travail et de la culture du présentisme. S'il est encore perfectible, il est cependant devenu aussi accessible aux différents managers.

Son développement a même amené un équilibre et une cohésion au sein des équipes de soins plus proches et plus engagées dans l'entraide face aux contraintes quotidiennes de toutes sortes.

Il s'impose maintenant comme une marque de confiance, génère de la satisfaction, responsabilise, autonomise et devient un levier pour réduire l'absentéisme car sont mieux gérés les soucis de la vie sociale des soignants. Son impact est ainsi mesurable, montre des incidences favorables, augmente le sentiment de bien-être au travail et diminue le stress du CDS dans sa fonction managériale même s'il exige de la disponibilité.

Il devient compatible dans la gestion des préoccupations bio-psycho-sociales et organisationnelles d'un service de soins. Mais pour être rentable, sa mise en place demande réflexion, avec la prise en compte de ses limitations (Mello, 2007).

En effet, les TIC imposent souvent une hyper connectivité du CDS pour être disponible à tout moment avec un risque d'effacement de la frontière entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Le droit à la déconnexion existe maintenant !

L'utiliser évitera l'apparition de risques psycho-sociaux et d'exposition à d'éventuels troubles musculosquelettiques.

La charge mentale restant importante pour le CDS, des mesures préventives s'imposent comme un soutien hiérarchique, une reconnaissance professionnelle de son engagement journalier pour renforcer sa motivation, apporter un bien-être au quotidien et renforcer ses performances personnelles.

La réussite d'un tel management à distance est basée sur les bonnes relations interpersonnelles, le renforcement de la cohésion des équipes de soins, la confiance mutuelle, le respect et l'autonomie pour construire un climat de coopération propice à un management par objectifs, basé sur les résultats (Scaillerez et Tremblay, 2016) en utilisant deux formes de proximités : une bonne coordination (interrelations sociales, médiations diverses, sens de l'autonomie) et des ressources multiples (cognitives, matérielles ou d'intelligence artificielle).

Une plus grande autonomie procure bien-être et performance, devient une source de motivation et surtout d'accomplissement par le travail tout en imposant une pratique d'auto-gestion, forme d'auto-contrôle aussi, permettant de mieux visualiser ses résultats et ses réussites qui a leur tour génèrent un sentiment de satisfaction confortant son estime de soi et ses capacités propres.

Dumas (2021) parle d'e-manager qui « coconstruit » l'identité de son équipe de soins à distance et qui lui donne la parole pour des « suggestions d'amélioration organisationnelles », leviers indispensables sur lesquels le CDS s'appuie pour maintenir la cohésion d'équipe.

Développer la QVT, c'est entretenir la qualité : des relations socio-professionnelles, des conditions de travail, de l'environnement, de la sécurité, de la santé, de la formation et de l'évolution professionnelle (Ministère de la Solidarité et de la Santé, 2019) selon les spécificités des modes d'exercice qui dépendent souvent du mode de management imposé par le CDS.

Conclusion

Des avantages au télétravail du CDS d'ordre personnels sont relevés comme positifs : le calme de l'environnement, une meilleure concentration, un rendement supérieur, une diminution de la pression et du stress, une augmentation de l'autonomie dans les organisations, et une facilitation de l'organisation de sa vie familiale.

La baisse des sollicitations multiples et diverses d'une journée associées à un stress moins important contribue également à la hausse de la rentabilité de ses heures de télétravail.

Mais le CDS doit être conscient du paradoxe de penser que la vie privée est mieux protégée au domicile alors qu'elle peut facilement être mise en danger dès lors que le domicile devient aussi son lieu de travail (Desbarats, 2013) d'autant plus si l'espace « bureau » n'est pas bien défini dans son environnement personnel.

Le manque de relations humaines et le sentiment d'être plutôt isolé sont indiscutables et corrélés à la fréquence du mode d'exercice en télétravail. La plupart des CDS sont favorables à une seule journée de télétravail par semaine au maximum dans l'idéal pour ne pas trop s'éloigner de leur équipe et pour garder la maîtrise de ses organisations.

L'adage actuel de prendre soins de ceux qui soignent s'applique aussi au CDS, véritable chef d'orchestre de l'équipe de soins et garant de la stabilité de ses équipes et de son bon fonctionnement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brunelle, E. (2010). Télétravail et leadership : Déterminants des pratiques efficaces de direction. *Management international / Gestion Internacional / International Management*, 14(4), 23-35
- Brunel, P. (2012). Travail à domicile, télétravail : Droits et obligations de l'entreprise et du salarié. Paris : Editions Liaisons.
- Desbarats, I (2013). *Entre la protection des salariés et la performance de l'entreprise : la gestation d'un droit français du télétravail - Les Cahiers de droit*, volume 54, p. 337-358.
- Dumas, M., & Ruiller, C. (2014). « Le télétravail : les risques d'un outil de gestion des frontières entre vie personnelle et vie professionnelle ? » *Management Avenir* N° 74, n° 8 : 71-95.
- Dumas, M. (2021). Le télétravail organisé généralisé aux cadres de santé. <https://www.em-premium.com/article/1443479>
- Mello, JA. (2007) in Vayre, E. (2019) *Le travail humain*. Volume 82, issue 1. Cairn-int.info.
- Scaillerez, A. et Tremblay, D.G. (2016) Le télétravail comme nouveau mode de régulation de la flexibilisation et de l'organisation du travail. *Revue de l'organisation responsable*. Volume 11 p. 21-31.
- Taskin, L. (2006). Télétravail : Les enjeux de la déslocalisation pour le management humain. *Revue Interventions économiques*, 34.
- Taskin, L. (2021). Télétravail, le grand bouleversement. <https://www.em-premium.com/article/1443481>
- Dumas, M., & Ruiller, C. (2014). « Le télétravail : les risques d'un outil de gestion des frontières entre vie personnelle et vie professionnelle ? » *Management Avenir* N° 74, no 8 : 71-95.
- Taskin, L, Vendramin, P. (2004) *Le télétravail, une vague silencieuse Les enjeux socio-économiques d'une nouvelle flexibilité*. Presses Universitaires de Louvain.
- Taskin, L., & Edwards, P. (2007). The possibilities and limits of telework in a bureaucratic environment : Lessons from the public sector. *New Technology, Work and Employment*, 22(3), 195-207.

KINESITHERAPIE SALARIEE & READAPTATION

Catalyseurs et freins de l'innovation en réadaptation

*« Rien n'est permanent sauf le
changement. » Héraclite*

Les observateurs des politiques publiques et du management de la santé soulignent l'importance croissante des injonctions à l'innovation et à la coopération. Le concept de destruction créatrice de Schumpeter a poussé les politiques publiques à vouloir, à prétendre pouvoir, anticiper l'imprévisible. Si pour certains analystes les projets de coopération accompagnent une dynamique de l'Etat providence dans le domaine de la santé, pour d'autres, il s'agit d'une innovation fortement contrainte par les mécanismes de financiarisation de la santé, au risque de menaces sur la protection sociale et la solidarité.

Les articles récents d'Olivier Favereau relatif à l'impact de la financiarisation sur les relations de travail (1) et d'Eve Chiapello et al. (2) sur la financiarisation des politiques publiques donnent une clé de lecture des enjeux actuels de l'innovation en santé. A partir d'analyses socioéconomiques récentes sur les causes de l'injonction à l'innovation, aux niveaux macro, méso et micro du système de santé, nous évoquerons les catalyseurs et freins à l'innovation en réadaptation.

Le contexte de la financiarisation, loin de se résumer à la pression budgétaire ou à la volonté de produire des soins de meilleure qualité tout en réduisant les coûts, s'est accompagné de l'imposition progressive de mécanismes de dénombrement et de *reporting* qui modifient le comportement des managers intermédiaires et des collectifs de soins. Il a entraîné de profondes mutations dans le contenu de la prestation de travail attendue des professionnels dans le domaine de la santé.

Face à l'atomisation des relations de travail et la multiplication des silos, Olivier Favereau montre comment l'ingénierie du « comportement coopératif » attendu traduit la recherche du renforcement de la « capacité d'obéissance ». Par ailleurs l'individualisation de l'évaluation des compétences promeut les « capacités d'innovation » qui traduisent des « capacités d'apprentissage » individuelles en occultant les phénomènes d'apprentissage collectifs invisibles de l'employeur ou du régulateur.

Définitions et cadre conceptuel

La définition de l'innovation ne va pas de soi. L'OCDE définit l'innovation comme une finalité: « *la mise en œuvre d'un produit (bien ou service) ou d'un procédé nouveau ou sensiblement amélioré, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques de l'entreprise, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures* ». (OCDE, 2005).

Cette définition laisse ouverte la distinction entre « bien faire les choses » ou « faire les bonnes choses » : question clé pour aborder l'impact de la financiarisation sur les relations de travail notamment s'agissant des conflits sur la définition de la valeur et de ses composantes dans les caractéristiques des biens et services produits.

L'innovation conceptuelle doit être distinguée de l'innovation technique. Elles sont mutuellement dépendantes. L'innovation conceptuelle se traduit selon T. Kuhn par des changements de paradigme avec ses périodes de doute et/ou de refus des nouvelles représentations.

L'institutionnalisme explique les différences d'évolution conceptuelle d'un pays à l'autre par des chemins de dépendance.

Ce qui ne se nomme pas n'existe pas. Dans le contexte financier, ce qui ne se comptabilise pas ne compte pas et partant ne se finance pas. Une composante essentielle des activités de soins comme la réadaptation peut donc manquer dans le cadre conceptuel du système de santé et cela suffit à expliquer l'absence de sa prise en compte dans le système d'information, de comptabilité et dans les nomenclatures à visée tarifaires (NGAP, CCAM, PMSI et classifications médico-économiques).

Il convient de souligner l'existence d'un immobilisme institutionnel français au regard du concept international de réadaptation dont une définition précise est donnée par l'OMS.

Elle s'inscrit dans les fonctions fondamentales des systèmes de santé avec la promotion de la santé, la prévention, les soins curatifs et les soins palliatifs. Sa définition comme optimisation de la fonction en harmonie avec l'environnement renvoie au modèle conceptuel de la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), mais elle répond tout autant à celui du processus de production du handicap ou du processus capacitant (*enabling process*).

Le premier obstacle à l'innovation en réadaptation est donc le vide institutionnel français qui persiste à entretenir la confusion entre structure prestataire et fonction et à **assimiler la fonction de réadaptation au champ institutionnel des SSR**. Nous avons insisté sur le retard français à intégrer les notions promues par le système international des comptes de la santé (3). Ce dernier distingue une nomenclature des prestataires, une nomenclature des fonctions de la santé et une nomenclature des financements. Cette nomenclature est aujourd'hui la base de toutes les comparaisons entre les pays au niveau de l'OCDE.

Lever cet obstacle suppose d'en évoquer les causes : la fragmentation institutionnelle, financière et culturelle entre soins de santé et politiques du handicap a conduit à cantonner la réadaptation aux SSR dans une vision trop exclusivement étio-pathogénique et curative des soins de ville et hospitaliers. Le cercle vicieux entretenant cette carence conceptuelle explique l'absence de prise en compte de la dimension fonctionnelle de la santé. D'un côté les soins curatifs sont modélisés comme une « machine à guérir » par les groupes reliés aux diagnostics de R. Fetter, qui forment la T2A en France.

Au contraire, les politiques du handicap ont quasiment banni ce terme considéré comme trop paternaliste, assimilé à une vision trop médicale et individuelle du handicap par opposition au modèle collectif ou social. Cette fragmentation a été consolidée par les lois de décentralisation entre les soins déconcentrés de l'Etat et l'action sociale décentralisée. Nous avons décrit (3) comment l'impossibilité de définir les missions spécifiques des SSR et l'impasse d'une classification à visée tarifaire étaient liées à ce verrouillage conceptuel, une forme concrète de crise de l'intelligence selon Michel Crozier.

L'innovation technologique et organisationnelle

Nous n'aborderons pas l'apport des innovations technologiques abondamment décrites par d'autres, s'agissant de la robotique, des progrès en appareillage, des environnements virtuels, des jeux sérieux, de la télé-réadaptation.

N'ignorons pas toutefois le lien entre l'implantation concrète de ces innovations et le processus de financiarisation, s'agissant des impacts potentiels de la robotique et de la télé-réadaptation sur les coûts de la main d'œuvre, s'agissant aussi des preuves d'efficacité variables de ces nouvelles techniques. Ces deux questions ont un impact majeur sur la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins de réadaptation. Elles devront faire l'objet d'une recherche attentive.

L'innovation organisationnelle

Les nécessités du confinement associées à la pandémie COVID 19 ont considérablement fait évoluer l'utilisation de la télémédecine et de la télé-réadaptation avec des financements autorisés, temporairement ou non, qui ont un impact non négligeable sur le panier de soins. En outre, cette période a mis l'accent sur les insuffisances de notre système de réadaptation et sur les inégalités criantes d'accès à la réadaptation, en aigu, qu'il s'agisse ou non des soins critiques, en SSR, en ville et dans le secteur de l'action sociale et médico-sociale.

L'adaptation/innovation organisationnelle a trouvé son origine dans les collectifs de soins et leurs capacités de coopération spontanée plus que dans les injonctions administratives. Celles-ci ont suivi et validé les initiatives du terrain en ouvrant temporairement les robinets financiers lors d'une brève embellie.

En soins critiques, l'action essentielle des kinésithérapeutes (MK) a pu être limitée par les effectifs disponibles mais les difficultés de l'exercice libéral pendant le confinement ont plutôt favorisé l'attractivité des établissements, avec cependant des disparités territoriales majeures. Cet épisode a accru la reconnaissance des compétences spécifiques des MK en soins critiques et ils ont été souvent des éléments clés de la formation rapide des équipes médicales et paramédicales nouvellement affectées aux unités des soins critiques éphémères, y compris en soins de réadaptation post-réanimation (SRPR).

organisations mises en place par les opérateurs.

Le besoin de mettre en œuvre et coordonner précocement des programmes de soins complexes intégrant des équipes de réadaptation multidisciplinaires a fait se multiplier **les unités de type SRPR**, qui existaient déjà dans la dynamique de développement de la prise en charge des patients cérébrolésés complexes. Le caractère multi-systémique et multifonctionnel des atteintes du COVID ne pouvait que trouver une réponse adaptée dans ce type de structures assurant un décroisement institutionnel entre soins curatifs, réadaptation et action sociale précoces.

L'acutisation des difficultés amont-aval, le débordement des unités de SSR, elles-mêmes partiellement fermées du fait du redéploiement des personnels vers les services d'aigu et/ou des sous effectifs chroniques, l'élargissement des solutions d'aval aux structures d'hébergement sociales et médico-sociales – dont les admissions temporaires en EHPAD grâce à financement sanitaire -ont mis l'accent sur l'importance de nouvelles organisations **regroupant des expertises de réadaptation coordonnées comme les équipes mobiles et des cellules dédiées à l'orientation des cas complexes**. Là encore la pluridisciplinarité entre spécialités médicales centrées sur le traitement des maladies et celles centrées sur la réadaptation, dont la MPR, la gériatrie et la psychiatrie entre autres, se sont révélées indispensables pour cette gestion des cas complexes, jointe aux acteurs paramédicaux et sociaux. Ces mécanismes de liaison ont montré qu'en situation de crise, des questions frappées d'immobilisme depuis des lustres pouvaient aboutir à des solutions rapides nées de par la mise en commun des compétences et la flexibilité des nouvelles

La réadaptation ambulatoire et à domicile

Le confinement n'a pas été propice aux soins ambulatoires ou à domicile, qu'ils émanent des établissements ou des soins de ville avec quasi-arrêt de ces activités dans la première phase de confinement.

Les effets désastreux de cette première approche ont montré l'intérêt mais aussi les faiblesses et le caractère encore incantatoire du virage ambulatoire.

Lors de la pandémie, face à la réduction dramatique des lits hospitaliers depuis 1980, face aux déserts médicaux et paramédicaux et au transfert de soins et de charge vers les patients et leurs familles, est plus que jamais apparue la nécessité de construire un véritable dispositif de réadaptation ambulatoire et à domicile complémentaire de l'hospitalisation, quels que soient les véhicules organisationnels et financiers entre le secteur hospitalier et extra hospitalier.

Ce constat pose la question de l'accessibilité, de la gradation et de la qualité des soins.

Ainsi, en termes de soins à domicile il n'y a guère aujourd'hui d'intermédiaire entre l'hospitalisation à temps partiel ou à domicile (HAD) de réadaptation et les soins exercés par les professionnels de rééducation de ville.

Deux modèles sortant du cadre du financement de l'hospitalisation sont proposés, plus complémentaires que contradictoires au regard de la réalité de l'offre dans les divers territoires.

1. L'extension des missions des équipes mobiles hospitalières, aujourd'hui limitées du fait d'un financement par mission d'intérêt général (MIG). Les expériences menées par certains établissements pourraient permettre d'étendre leurs missions de coordination orientation à celles de soins à domicile dans un position intermédiaire entre HAD et prises en charge mono-professionnelle.
2. Le développement des équipes de soins spécialisées médicales et paramédicales qui pourraient mettre en œuvre des programmes de soins coordonnés pour des profils de patients identiques, à partir de centres ou maisons de santé pluriprofessionnelles regroupant des expertises médicales et paramédicales de réadaptation. Le mode de financement est crucial.

Pourquoi l'innovation est-elle nécessaire et comment la favoriser ?

Notre système de soins était naguère un des meilleurs du monde. Aujourd'hui l'injonction à l'innovation repose sur trois reproches principaux qui s'appliquent tant dans le champ de l'aigu que dans celui de la réadaptation : notre système est **incoordonné, trop coûteux et trop inégalitaire**.

Les politiques publiques prétendent améliorer l'incoordination par les expérimentations relatives aux coopérations interprofessionnelles, les nouveaux métiers et le développement des pratiques avancées, tantôt en mettant en avant la lutte contre les inégalités, tantôt la lutte pour rationaliser l'organisation en réduisant les coûts.

Selon JC Moisdon (4), face au constat de l'échec de la T2A à réformer en profondeur les processus au sein des collectifs de soins, l'Etat a renoncé aux approches tayloriennes et aux régulations purement incitatives. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 par son article 51 s'appuie sur un expérimentalisme organisationnel piloté par la Commission nationale des coopérations interprofessionnelles. Il vise à généraliser par la réglementation des expériences locales jugées efficaces, mais évaluées essentiellement en termes de rentabilité financière.

Les injonctions à la coopération et à l'innovation doivent être analysées à la lumière des outils de gestion financière. En effet elles visent à optimiser la valeur du produit d'une coopération dont le résultat est défini *ex ante* par les modèles-économiques issus des dynamiques financières, comme le groupe homogène de diagnostic ou le groupe médico-économique en SSR : nous avons montré combien la composante de réadaptation était absente de l'information, des comptes et des nomenclatures forfaitaires, quelle que soit la longueur de l'épisode de soins envisagé, notamment dans les modèles prescrits d'organisations de soins responsables (ACO).

Le système d'information comporte trop peu d'indicateurs de coûts / qualité capables de mesurer l'impact de ces réformes, si fortement promues par les politiques publiques, sur la réadaptation.

Typologie des catalyseurs et des freins futurs à la réadaptation

Nous avons évoqué plusieurs obstacles à la réadaptation et notamment les cercles vicieux existant entre vide conceptuel, système d'information de comptabilité et de financement. Afin d'envisager un scénario d'évolution favorable, il faut se déprendre avec Olivier Favreau de l'alternative illusoire entre financiarisation et définanciarisation extrêmes. Pour décrire ces facteurs et leurs interactions, nous utiliserons la typologie du rapport d'étape du pôle santé d'HEC Montréal de 2016 (5) qui distingue des facteurs exogènes et endogènes.

Facteurs exogènes

Facteurs environnementaux.

Les besoins évoluent et sont marqués par le vieillissement de la population, la multiplication des limitations fonctionnelles et l'évolution des attentes des usagers. Il est frappant en termes de culture organisationnelle que la dénonciation constante des silos organisationnels cohabite avec l'occultation des besoins de réadaptation, faute d'outils pour les évaluer et les dénombrer.

Nous avons évoqué l'hétérogénéité des situations territoriales. Parfois la couverture des besoins en réadaptation relèverait de l'ouverture des établissements sur la ville et parfois c'est l'extension des équipes de soins de ville qui pourrait répondre aux besoins locaux. Quelle que soit l'organisation choisie, des modes de financement regroupés doivent permettre un financement adéquat des programmes portés par des collectifs de réadaptation.

Facteurs politiques et sociaux

L'histoire politique et sociale qui a mené à l'effacement de la fonction de réadaptation. Celle-ci était pourtant bien identifiée dans les années soixante mais elle a été cantonnée aux SSR depuis les lois de 1970 et 1975. Cette scission institutionnelle, financière et idéologique a paralysé l'identification de la réadaptation dans le système d'information, le PMSI aigu et SSR, la comptabilité hospitalière et les classifications médico-économiques. L'impasse du financement des SSR pourrait être l'occasion d'une spécification des missions (Cour des Comptes) et d'une « allocation par destination des ressources » (HCAAM, rejoignant ainsi le système international des comptes de la santé).

Une part importante des inégalités de santé est liée au délitement du *continuum* de réadaptation. De ce fait la réadaptation ne peut se développer hors du cadre d'une couverture sociale universelle. L'incoordination des parcours est marquée par les ruptures de continuité, les chevauchements de compétences et les prises en charge inadaptées. Les dispositifs de coordination imposés par les tutelles sous injonctions à la coopération s'appuient sur la chaîne de valeur de M. Porter qui suppose une péréquation robuste des coûts et recettes aux différentes étapes de la prise en charge. Hélas, nos modèles d'information ne connaissent que les soins curatifs en ignorant la santé fonctionnelle et les facteurs socio-environnementaux.

Facteurs endogènes

Facteurs liés à l'environnement réglementaire

Cet environnement peut être lu comme une hyperréglementation ou incontinence réglementaire liée à la gouvernance par les nombres et à la demande croissante de contrôle émanant des associations d'usagers, et en même temps comme une dérégulation des relations de travail et du périmètre des professions, en lien avec le droit européen.

Facteurs liés à la structure organisationnelle des systèmes de santé

S'il est admis que les structures prestataires assurent à des degrés variables les différentes fonctions de la santé, le système français et unidimensionnel (aigu, SSR soins de longue durée) a jusqu'ici été incapable de financer spécifiquement la fonction de réadaptation dans ses différents segments. Ainsi en soins aigus, les échelles de coûts sont censées capter les coûts de réadaptation.

En SSR ces coûts sont reflétés par une mesure très imparfaite des ressources disponibles par le Catalogue spécifique des actes de rééducation réadaptation (CSARR). En soins de longue durée la réadaptation n'est pas distinguée des soins relatifs à la perte d'autonomie stabilisée.

Facteurs liés aux modèles économiques

Ces modèles jouent un rôle majeur, souvent occulté par les appels aux changements culturels et à la réingénierie des formations professionnelles. Artificiellement créés pour légitimer les classifications médico-économiques, ils ont un impact considérable sur les comportements des acteurs. Les psychologues ont mis l'accent sur le décalage croissant entre motivations intrinsèques et motivations extrinsèques, qu'il s'agisse des tarifications à l'acte à l'activité ou des paiements à la performance.

Le modèle des groupes reliés au diagnostic, dérivé de R. Fetter, ignore la dimension fonctionnelle de la santé, tandis que le modèle actuel des SSR capte seulement le statut fonctionnel, sans mesurer le potentiel d'amélioration fonctionnelle, ou potentiel de réadaptation, qui est pourtant le meilleur prédicteur de coût des programmes de réadaptation.

Encore faut-il que cette fonction soit définie dans le modèle comptable. Ce qui n'est pas le cas en France où la réadaptation n'est pas une fonction clinique principale mais une fonction médico-technique transversale, même en soins post-aigus. Il est légitime de penser que cette vision comptable a entraîné la fin de la distinction entre les autorisations en soins de suite et celles relatives à la réadaptation en 2008.

Facteurs liés à l'expertise et aux compétences des individus

Cet aspect est l'un des plus difficiles à décrire tant s'affrontent les logiques financières, managériales et professionnelles. S'il est admis que la financiarisation peut accompagner une politique de dérégulation et de réingénierie des professions, pour certains, c'est davantage la doxa ultralibérale qui voit dans les associations professionnelles un obstacle à la libre entreprise et aux bienfaits de la compétition. En termes de management le modèle de la chaîne de M. Porter subordonne l'ingénierie des compétences à la proposition de valeur définie par la stratégie. Elle s'oppose à la primauté des compétences clés de l'organisation d'Hamel et Prahalad. Cette dernière rend compte des effets d'apprentissage organisationnel comme facteur clé de succès dans les organisations soignantes. L'enjeu est d'éviter la transformation de l'organisation soignante, collection de production des soins et d'emploi, en centre de gestion de portefeuilles d'activités, de filiales et de sous-traitants flexibles.

Si deux conceptions de la valeur semblent s'affronter, l'analyse fonctionnelle de la valeur et l'identification de ses composantes en santé semblent la voie de conciliation des logiques cliniques et gestionnaires. Cela impose d'identifier la composante de réadaptation dans chaque segment du système de santé pour construire des nomenclatures de besoins, d'interventions, de programmes d'efficacité prouvée rendus possibles par des financements appropriés.

L'innovation n'est pas une option, mais son pilotage est souvent le problème plus que la solution

L'accès aux soins de réadaptation apparaît menacé à toutes les étapes des parcours. Dans l'exemple de l'accident vasculaire cérébral, les difficultés croissantes des unités neurovasculaires ont compromis l'organisation précoce des programmes de réadaptation pluridisciplinaires. Le passage en SSR est un point majeur de rupture des prises en charge du fait de l'incoordination et des carences de l'orientation en aval. Les inégalités d'accès aux SSR ont fait évoquer la fonction « d'agent de rationnement » imposée aux soignants du fait de la rareté des places disponibles en réadaptation spécialisée. Hormis les SSR, des orientations inhabituelles se sont développées (hébergement social ou médico-social temporaire) qui ont rendu plus cruciales la qualité des orientations vers des structures quasiment dépourvues de réadaptation afin de minimiser les pertes de chance. Les sorties insuffisamment accompagnées faute de réponses disponibles en soins de ville *a fortiori* avec l'effondrement de toute prise en charge ambulatoire ou à domicile ont multiplié les ruptures et les prises en charge inadaptées.

La nécessité de libérer les lits aigus raréfiés a primé sur la qualité des orientations et l'impérieuse nécessité d'une évaluation précoce et pluridisciplinaire médicale, paramédicale et sociale des besoins de réadaptation est plus que jamais apparue comme une des urgences de l'innovation dans ce secteur.

La gradation des soins nécessite de nouveaux supports organisationnels et financiers, intermédiaires entre les prises en charge pluridisciplinaires coûteuses émanant des hôpitaux, hospitalisation à temps partiel ou à domicile, et les prises en charge mono-professionnelles en silos rémunérées à l'acte.

C'est dans le cadre de la recherche de cette gradation bien conduite qu'ont lieu les débats actuels sur les coopérations entre professionnelles de santé. Les questions clés étant celles de la coordination, de la formation des nouveaux intervenants et des modèles économiques supportant les interventions.

Perspectives : coopération contrainte en contexte de rationnement et de financiarisation

C'est dans la volonté affichée de généralisation des expérimentations portées par des lois de finances et dans le modèle de production de valeur qu'elles visent à maximiser que se situe le déni de démocratie sanitaire et la dépossession de l'autonomie des professionnels de santé. Le conflit de valeur entre les modèles économiques officiels et le sens de l'action des professionnels culmine dans l'absence de la composante de réadaptation dans la construction de la valeur.

Ces questions ont dominé les débats récents sur les nouvelles mesures de coopération contraintes imposées par la LFSS 2022, guidées par des considérations financières et politiques. Il fallait à tout prix réduire les dépenses de santé tout en palliant rapidement les déserts médicaux, en oubliant qu'ils étaient aussi paramédicaux.

C'est la lutte pour l'égalité d'accès aux soins qui était mise en avant. Si l'intérêt des pratiques avancées au sein d'équipes coordonnées ne fait guère de doute, l'efficacité de la substitution des médecins par d'autres professions en soins primaires ne repose pas sur des données tangibles.

Perspectives

L'innovation n'est pas une option. Elle survient spontanément et doit être domestiquée pour répondre aux défis bien réels de l'accès aux soins et de la solidarité. La financiarisation fait obstacle à la recherche des solutions intégrées et elle doit être humanisée. Il ne faut en rien la confondre avec la privatisation, puisque ses outils ont envahi le fonctionnement de tous les secteurs public, privé non lucratif et lucratif, ce dernier ayant connu des concentrations massives liées au fonds d'investissement.

Dans l'exemple des SSR la paralysie institutionnelle est liée à l'impossible arbitrage du lobbying des intérêts qui s'affrontent dans le processus décision à la DGOS et à l'ATIH. Faute de garde-fous qualitatifs et quantitatifs dans les conditions techniques de fonctionnement, qui devraient être légitimées par la fonction de réadaptation, et de prise en compte de ses coûts, le système évolue vers la déqualification des équipes professionnelles qui permet l'augmentation du retour sur investissement.

Le développement des équipes ambulatoires et à domicile sera à coup sûr également concerné par les dynamiques qui reconfigurent aujourd'hui les champs de la biologie, des cabinets dentaires, de la radiologie, de l'anatomo-pathologie, de l'ophtalmologie avec l'emprise croissante des fonds d'investissements conduisant à l'assujettissement croissant des cliniciens aux preneurs de risques.

Bien que l'innovation en réadaptation soit un fait dont témoignent de multiples exemples, cette fonction reste absente du cadre conceptuel français. Nous avons évoqué rapidement les causes de cette souricière cognitive qui rend imperméable nos institutions aux avancées internationales. L'innovation organisationnelle en réadaptation doit pouvoir aligner les contraintes macro, méso et microéconomiques. Dans l'objectif de domestiquer la logique financière en contexte de raréfaction des ressources, il est impératif d'associer :

- **Un concept clair de réadaptation**, définissant le périmètre des interventions des professionnels.
- **Des programmes de soins** fondés sur l'identification des besoins, intégrant les dimensions préventives, curatives de réadaptation, de soutien social et d'efficacité prouvée.
- **Un système de comptabilité et de recueil des caractéristiques des patients** qui puisse s'articuler avec les programmes pour une conception convergente de la valeur entre logiques clinique et gestionnaire.
- **Un système de protection sociale solidaire qui intègre la réadaptation** dans le panier de soins tout en la reconnectant avec les politiques publiques du handicap.

Jean Pascal Devailly
Président du SYFMER

1. L'impact de la financiarisation de l'économie sur les entreprises et plus particulièrement sur les relations de travail. Olivier Favereau. Bureau International du Travail 2016
2. La financiarisation des politiques publiques. Vincenzo BUFFA, Eve CHIAPELLO, Océane RONAL, Antonin THYRARD. IGDPE Editions. ACTION PUBLIQUE Recherche et pratiques n° 10. 2021
3. Devailly JP. Décrets relatifs aux soins médicaux et de réadaptation. Une impasse française ? Revue hospitalière de France. 2022 ; n° 605 : 70-75.
4. Kletz F, Moisdon JC. De la rencontre entre régulation et organisation : le cas du système hospitalier. Dans Traité du management socio-économique (2021), pages 450 à 458. EMS Editions.
5. Benomar et al. Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec. Rapport d'étape. Pôle santé HEC Montréal 2016.

la vie de l'association **ASSOSCOPE**

Parce qu'une association pro ne peut vivre, fonctionner et agir sans des professionnels adhérents, sans 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>

Vie Associative

Tout au long de l'année le CNKS organise des groupes de travail (GT), de réflexions, investigations et production sur différentes thématiques professionnelles.

Nos différents GT (Groupes de Travail) ont repris leurs activités et leurs réunions et leurs production d'enquêtes.

Les résultats de ces dernières sont présentées aux JNKS, produites dans KINESCOPE, accessibles sur le site.

Vous souhaitez découvrir les thématiques ? participer à ces GT – en visio conférence – et apporter votre expérience ?

adressez votre candidature sur
contact.conks@gmail.com



INTERVIEW de Marie GELUGNE,
Vice - Présidente de la FNEK (2022-2023)
en charge des perspectives professionnelles

KINESCOPE : Quand et pourquoi as-tu choisi de faire des études de masso-kinésithérapie ?

MG : J'ai choisi de présenter le concours de kinésithérapie entre mes deux premières années communes aux études de santé. Durant cette période j'ai pu effectuer un stage auprès d'une kinésithérapeute libérale. Ce qui m'a attiré vers cette filière est le soin par la dynamique et le contact humain (au sens propre du terme) grâce à une gestuelle bien précise et une analyse fine du mouvement. J'ai pris conscience de la capacité diagnostique du kinésithérapeute à travers mon premier stage de « découverte » durant ma première année de kinésithérapie, ce qui a confirmé mon intérêt pour cette profession intellectuellement riche.

KINESCOPE : Imaginai-tu alors la diversité des champs, domaines et mode d'intervention d'un kinésithérapeute ?... et à ce jour qu'as-tu déjà pu explorer au travers de tes stages ?

MG : J'étais très loin de pouvoir imaginer toute la diversité des domaines d'exercice de la kinésithérapie. Je n'avais que l'image du kinésithérapeute libéral qu'on va voir quand on se fait une entorse ou une scoliose.

J'ai découvert grâce à mes stages l'étendue des champs d'actions. Dans notre IFMK, nous avons l'obligation d'effectuer un stage en institution la première année. Puis au moins un stage dans chacun des 3 champs de compétences (musculosquelettique, respiratoire / cardiologie / tégumentaire interne, et neurologie).

Puis, en allant plus dans le détail, j'ai découvert une infime partie des formations continues existantes, permettant au kinésithérapeute d'avoir une plus grande qualité de travail. Je pense être encore très loin d'avoir fait le tour de ce qu'il y a derrière cette profession.

KINESCOPE : As-tu déjà une idée précise de la carrière que tu souhaites faire après le DE ?

MG : Je me dirige plutôt vers une carrière en exercice libéral. J'ai à cœur de me « spécifier » pour avoir une pratique qualitative. Cependant j'ai encore un grand intérêt pour beaucoup de spécificités d'exercice. Je pense que mes choix s'adapteront aux besoins du territoire dans lequel je m'installerai.

J'ai à cœur de continuer à m'engager, d'une part pour diversifier mon activité, et surtout parce qu'il me tient trop à cœur de continuer à faire évoluer la kinésithérapie.

KINESCOPE : Comment est né ton engagement au sein de la FNEK ?

MG : C'est au congrès d'automne de 2021 que j'ai découvert la FNEK. J'ai eu la chance de pouvoir assister à un lors d'un colloque à une table ronde entre Yvan Tourjansky, Amélie Kechichian, Etienne Panchout et Guillaume Rousson et Yvan Tourjansky, sur « l'accès direct ».

Par la FNEK j'ai découvert ce que la profession pourrait être et ce qu'elle pourrait apporter à l'avenir au système de santé. Portant un grand intérêt à ces thématiques d'avenir de la profession, c'était pour moi une chance de pouvoir représenter les 12500 futurs kinésithérapeutes sur ces sujets.

KINESCOPE : En tant que VP "perspectives professionnelles" quel(s) est /sont pour toi les sujets prioritaires de reconnaissance et de valorisation et de l'ensemble de la profession ?

Indéniablement, je pense que la profession mérite et doit être revalorisée qualitativement. Le cursus scolaire ne cesse de s'améliorer pour répondre d'avantages aux besoins de santé. En 15 ans, les étudiants en formation initiale ont acquis de plus en plus de compétences qui ne sont pas assez exploitées dans le système de santé actuel.

Il est nécessaire que la profession puisse également évoluer et s'ouvrir à de nouveaux modes d'exercices en décloisonnant les compétences définies par le code de la santé publique, afin de répondre davantage aux enjeux du système de santé.

Je pense que c'est l'ensemble des professions de santé qui doivent être réorganisées, davantage tournées vers un exercice pluriprofessionnel.

et pour chacun des modes d'exercice (libéral et salarié) ?

Le salariat n'est pas le secteur attirant le plus les étudiants. Une des raisons majeures réside dans le cloisonnement des compétences et le manque de liberté dans les actions des kinésithérapeutes. La capacité de diagnostic du MK, entre autres toutes ses compétences, n'est pas assez exploitée dans le secteur hospitalier. L'expérimentation des MK aux urgences (1) en IDF menée par l'URPS MK est une véritable avancée et un bel exemple de ce que pourrait être le MK en hôpital.

La revalorisation des compétences acquises lors de la formation initiale du MK (comme la capacité diagnostique) est pour la FNEK une priorité tant sur l'aspect financier que dans la liberté d'action de ceux-ci.

Dans le secteur libéral, c'est un peu le même combat. Cependant, **une pratique nécosante** de la profession reste le fort taux de professionnels chronicisant les patients à coups de soins non efficaces. **La pertinence, l'efficacité et la** qualité des soins **doivent** être améliorées par l'augmentation de "contrôles", sine qua none **du** développement d'un « accès direct » : **leur absence serait un risque pour les patients**

La certification professionnelle, visant tous les secteurs d'exercice du MK, est déjà une étape de plus vers l'amélioration de la qualité des soins. Les perspectives d'avenir sont majoritairement ciblées vers des spécificités reconnues et approuvées ainsi que l'accès direct à la kinésithérapie.

Dans ces deux secteurs, le développement du numérique en santé est un des points phares des prochaines années, tant au niveau de la formation, que la mise en place des technologies sur le terrain.

KINESCOPE : Penses-tu que les étudiants en kinésithérapie ont (au cours des études, cours et stages) les conditions optimales pour appréhender l'ensemble des avantages et inconvénients de l'exercice salarié ? Qu'est ce qui serait nécessaire à cet effet ?

L'exercice salarial est découvert en grande partie à travers les stages. Ils sont souvent assez éloignés de ce que les cours magistraux (CM) ou les TD peuvent nous apprendre. Ce retour sur les avantages et les inconvénients est donc dépendant des terrains fréquentés par les étudiants au cours de leur cursus. Pour appréhender davantage et dans sa globalité l'exercice salarial, il serait bénéfique aux étudiants de mettre en place un système d'externat avec la possibilité d'être immergé dans un CH de manière ponctuelle au cours du deuxième cycle, en dehors des périodes de stages. Cela permettrait de mettre en relation le terrain avec les intervenants en CM ou TP, et de pouvoir tourner dans des services différents afin d'avoir une vision plus exhaustive du fonctionnement d'un CH. Je pense également que des cours tournés sur l'intérêt des compétences du MK au service des nouveaux enjeux de l'hôpital, ainsi que des informations bien plus étayées sur les diverses carrières possibles en exercice salarial seraient bénéfiques aux étudiants.

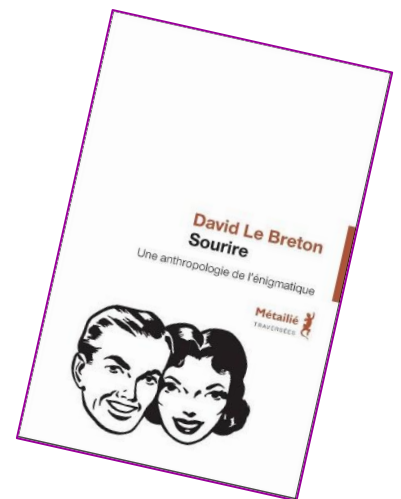
La pour nous 'ESSENTIEL



Sourire, une anthropologie de l'énigmatique,

Traversées, Métalié. David Le Breton, Avril 2022

David Le Breton est sociologue et anthropologue du corps. Dans ses nombreux travaux, il se plaît à rappeler qu'« il n'est de monde que de corps », autrement dit, nos relations sociales - voire de soins – s'inscrivent dans des corps à corps, parce que le corps signe nos pratiques sociales. Les travaux de David Le Breton portent par exemple sur la peau, la douleur, la souffrance, le risque, le tatouage, la marche...



Pour David Le Breton le sourire n'est pas un « sous-rire », mais un langage corporel subtil qui constitue une énigme anthropologique. Et s'intéresser au sourire est paradoxal en ces temps de crise sanitaire où le port du masque a autant caché le visage ! David Le Breton rapporte sa propre expérience très douloureuse d'enseigner face à des étudiants dont le visage était caché derrière un masque pendant la crise sanitaire : l'absence de connivence avec eux, la fatigue, le doute et le vide suscités chez ce professeur aguerri, lui ont rappelé que le visage et le sourire sont l'essence de l'interaction.

Le sourire est associé dans notre quotidien à une sociabilité, déclinant de nombreux sentiments délicats, voir même plus nuancés, que le rire. Il signe une résistance intime, la séduction discrète, la complicité et la connivence mais aussi la manipulation voire la cruauté et le mépris. Tour à tour le sourire peut s'inscrire dans une politesse sociale, l'accompagnement d'une mauvaise nouvelle. Ainsi nuance et ambivalence sont les espaces dans lesquels le sourire tisse nos rapports humains, convoquant une complexité et une multiplicité d'interactions possibles.

David le Breton rappelle que le sourire est apparu dans les peintures de la Renaissance – La Joconde – puis, assez récemment dans la photographie, associé à des souvenirs d'événements heureux. Le sourire sur la photographie - et maintenant le selfie ou la visioconférence - constitue une injonction sociale de réjouissance et d'adhésion à une société offrant liberté et individualisme, mais assombri par un avenir social, écologique et géopolitique amer, incertain et inquiétant. L'omniprésence du sourire signe une société du spectacle portée par les médias où l'individu ritualise et sur-joue l'émotion. Sourire permet aussi un masque de doute et de distance, face à une incompréhension ou un embarras.

Le sourire s'oppose à la froideur d'un visage déterminé voire viril, agressif et farouche. Reprenant la pensée éthique de Lévinas, David Le Breton souligne que l'altérité se construit par le visage, et par là même la rencontre avec la polysémie des expressions du sourire, ce qui lui confère un caractère énigmatique, à la fois approbation et compréhension, satisfaction et complicité mais aussi réserve voire mépris. Il reproche aux neurosciences une approche mécaniciste trop centrée sur les organes et les muscles de la « machine humaine » et non plus sur les sujets. Le sourire serait réduit à un simple mouvement des muscles et non comme l'expression d'un sujet avec son histoire et sa culture. Or, l'interaction humaine est le fruit de rencontres de sujets au travers de leurs corps et notre cerveau est façonné par des cultures sociales et de genre.

Les émotions et le sourire sont des expressions hétérogènes fruits de culture et d'éducation hétérogènes. Reprenant les travaux de Winnicott et Cyrulnik, David Le Breton relate les effets éducatifs du genre sur l'usage du sourire chez les enfants : une précocité éducative du sourire altruiste et coopératif chez les petites filles et du sourire moqueur et compétitif chez les petits garçons.

David Le Breton note que le voyageur est frappé par la plénitude des sourires des enfants des femmes voire des hommes en Indes, au Sri Lanka et au Tibet. Sourires sans réserves offerts comme des offrandes d'amitié et d'accueil de l'Autre. « Pourquoi les enfants occidentaux sourient-ils si peu aux autres, ou alors avec une telle inquiétude ? Et pourquoi ces enfants de l'Inde sourient-ils avec un tel abandon, une telle jubilation ? »

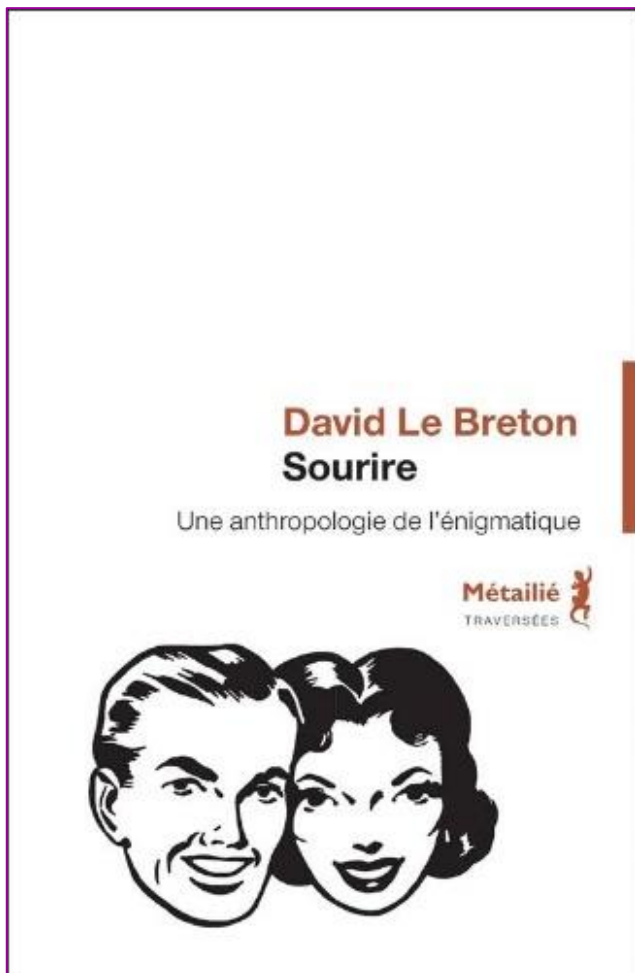
Citant de nombreux exemples de la littérature et du cinéma -, David Le Breton rend ici accessible une sociologie du sourire qui saisit cette pratique sociale quotidienne, personnelle comme professionnelle et... énigmatique. Le sourire est un rite d'interaction humaine dont le sens et la symbolique ne trouvent pas la même valeur situationnelle et relationnelle, dans les sociétés humaines, d'un lieu à un autre, d'un temps à l'autre. En ces temps complexes où les masques et les écrans sont légions, retrouvons la force du sourire sincère qui nourrit l'altérité.

Pierre Henri HALLER

En savoir plus

Questions à David Le Breton à propos de son livre : <https://editions-metallie.com/wp-content/uploads/2022/04/editions-metallie.com-questions-a-david-le-breton.pdf>

Entretien avec Sylvie Hazebroucq. Librairie Mollat : <https://youtu.be/qD8Eq2prsLE>



Résumé éditeur

Un grand anthropologue du corps dévoile les mystères d'un des plus beaux gestes humains : le sourire.

David Le Breton poursuit son anthropologie du corps de façon plus affinée, plus littéraire aussi au regard de ses précédents ouvrages, il ouvre des voies de réflexion au lecteur. Ici pas d'interviews, que du vécu et des citations d'écrivains, de cinéastes ou des peintures qui décrivent sur le vif des sourires, des centaines de sourires plus ou moins célèbres où se voient des significations contradictoires.

Le sourire se devine, il gagne les yeux, transforme le visage et nous introduit l'un à l'autre avec toute la subtilité polysémique d'une humanité qui s'y reconnaît.

Le sourire est bien un effleurement de l'âme, il dit la subtilité de la présence au monde, à l'autre et à soi.

Les savants peuvent bien constater que le sourire est la réaction la plus faible du visage à toute excitation légère et faciale, les poètes comme Paul Valéry y voient « le premier luxe de l'être. Ce n'est plus le besoin qui pleure et qui crie.

C'est l'ouverture de l'inutile besoin de communiquer pour autre chose que l'apaisement d'une soif ».

Oui, le sourire est un adoucisseur de contact quand il n'est pas convenu, de circonstance, narquois, exaspérant ou, bêtement, pour donner le change.

C'est aussi une ritualité parfois régie par une subtile hiérarchie sociale qui permet à l'individu de communiquer autrement, sans mot, de tout son corps.

Cette anthropologie de l'énigmatique touche bien sûr aux conventions et aux interactions sociales, elle touche aussi à notre spiritualité vraie et naïve qui nous fait exister autant que résister au monde et communiquer de soi à l'autre.

OFFRES D'EMPLOIS



Le CHU-ROUEN NORMANDIE recrute ...

Nous proposons des postes de Masseurs-Kinésithérapeutes dans divers secteurs d'activités, à temps plein, ou à temps partiel, compatibles avec une activité libérale :

Site de Bois-Guillaume	Site de Charles Nicolle	Site de St Julien
<ul style="list-style-type: none">- 100 % SSR polyvalent- 50 % SSR neurologique- 50 % SSR soins palliatifs- 50 % Polyvalent Bois Guillaume- 50 % Médecine gériatrique	<ul style="list-style-type: none">- Soins palliatifs (50 %),- Pneumologie 100 % (09-2022)- Rhumatologie 50 % (mi 09/2022)- Médecine 50 %- Maison d'Arrêt 15 %- Chirurgie thoracique et Vasculaire 50 %	<ul style="list-style-type: none">- 100 % Médecine gériatrique et/ou médecine interne polyvalente- 50 % polyvalent St Julien
		Site de Boucicaut
		<ul style="list-style-type: none">- 50 % EHPAD USLD

Les postes à temps partiel peuvent être cumulés pour faire un temps plein. Par exemple, 50% SSR neurologique couplé avec un 50% polyvalent. Toutes les propositions seront étudiées.

Premier établissement sanitaire de la région Haute-Normandie et premier employeur de la région, le CHU de Rouen dispose de nombreux atouts :

- Un pôle de rééducation : pôle 3 R : rééducation Réinsertion Réadaptation apportant une lisibilité de la rééducation au sein du CHU
- Une équipe de rééducateurs pluri professionnelle : Masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, pédicures podologues, diététiciens et des enseignants en activités physiques adaptées
- Des projets de recherche : menés par des kinés, des diététiciennes
- Une offre de soins diversifiée : MCO, SSR, USLD, EHPAD, équipe mobile
- Une variété de profils patients : pédiatrie, adulte, gériatrie
- Un secteur géographique attrayant : 1h de Paris, 1h de Deauville

Si vous êtes intéressé(e) par une de ces offres, vous pouvez :

- Candidater sur le site du CHU
- Adresser un mail au cadres de rééducation en y joignant votre CV et une lettre de motivation, à :
Valerie.Martel@chu-rouen.fr pour les sites de Bois Guillaume et St Julien : Tel : 02 32 88 53 41
brigitte.perrin@chu-rouen.fr pour le site de Charles Nicolle : Tel : 02 32 88 85 69

Nous restons, bien entendu, à votre disposition par téléphone ou par mail, si vous avez des attentes particulières.

Valérie Martel et Brigitte Perrin
Cadres de Santé filière Rééducation
Pôle 3R

Juillet 2022

ici ou ailleurs

nous avons le job.

partenaire des
kinésithérapeutes.