

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

& aux hospitaliers ukrainiens

n° 25

mars - avril
2023

«FAIRE
EQUIPE»



KINESI THERAPIE THERAPEUTES

Être MK SALARIE :
c'est l'ÉQUIPE qui fait sens

Kinésithérapie salariée &...

HAD R
CRF Coubert
1ère partie

Interpro &
Rééducation
cardiaque

HOSPITALISATION À DOMICILE
DE RÉADAPTATION



cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com



SOMMAIRE

PERISCOPE L'édito du Président : Faire et être « Equipe » **P-H Haller** p. 03

RETROSCOPE : RETOURS & PARTAGES D'EXPERIENCES

- Faire équipe au sein de la profession – retex JFK p.05 à 09
- Faire équipe selon les effectifs et ratios p.10 à 13
- La presse en parle p.14
- Kinésithérapie Salariée & rôle du cadre p.15 à 18
- Kinésithérapie Salariée & activité sportive p.19 à 20
- Kinésithérapie Salariée & Interprofessionnalité p.22 à 26

PRATICOSCOPE

- KS... et formation continue : tuteur de stage un rôle aussi dans l'équipe p.30 à 31
- KS... et réadaptation : l'HAD-READAPTATION p.33 à 38

KALEIDOSCOPE

- Lu pour nous Les nouveaux chemins de la performance en santé p.39 à 40

ASSOSCOPE

- La vie et l'agenda du CNKS : JNKS ROUEN 2023 p.41 à 43

Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :

Barbara Bonecka, Christophe Dinot,

Andrée Gibelin, Véronique Grattard,

Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images

libres de droit ou DR

L'équipe est un groupe

où la cohésion est fruit d'une adhésion aux objectifs,
où la collaboration est fruit de la coordination des
activités et de la coopération des acteurs.

Yves Cottret, JNKS PARIS 1997

PERISCOPE *Edito du Président*

« FAIRE
EQUIPE »

Faire et être « équipe » ...

vers une performance collective interprofessionnelle

A l'invitation de la Société Française de Physiothérapie, présidée par Matthieu Guémann, le CNKS a présenté ses travaux et ses réflexions aux Journées Francophones de Kinésithérapie à Rennes (1). L'interaction physique et numérique avec les participants, a dégagé à nouveau comme caractéristique centrale du métier de kinésithérapeute salarié, la notion d'EQUIPE.

Comment faire équipe aujourd'hui devant des enjeux sociétaux complexes ? Comment faire équipe avec des ruptures intergénérationnelles, des dialogues sociaux à réinventer, des pilotages fluctuants, des tensions budgétaires ? Comment faire équipe - de réadaptation - face au vieillissement, à la chronicité, aux handicaps, visibles et invisibles, protéiformes ? Comment faire équipe, face aux nouvelles immédietés et proxémiques ? Comment faire équipe avec habileté émotionnelle, face aux intelligences artificielles ?

Interrogé par le CRAPS dans un ouvrage collectif au la performance collective (2), le CNKS rappelle que la performance ne peut se penser que à propos et avec le bénéficiaire et les acteurs de santé, par une conjugaison des compétences individuelles et collectives. Équipe source de sens, source de qualité de vie au travail, équipe vivier de forces collectives interprofessionnelles, équipe soutenue par un encadrement qui favorise un pouvoir agir, équipe soucieuse de son milieu et de son environnement ...

Faire équipe, c'est passer de la « Horde » au collectif avec la fragilité des règles communes, de l'idéal meurtri, du sens questionné. (3) Faire équipe, c'est habiter les intersitices, les couloirs et les antichambres, pour faire lien et faire communauté entre-deux. (4) Faire équipe, c'est s'inscrire dans la rencontre, dans l'altérité, dans la connaissance qui invite à la reconnaissance mutuelle. (5) Faire équipe c'est être accompagné par un hiérarchique, mais surtout passeur car leader collaboratif, facilitateur car relieur.

Le défi de la déficience sera de soutenir les ressources intra et interprofessionnelles, pour co-construire une stratégie nationale de réadaptation, tous ensemble. Souhaitons-nous de trouver la sagesse de conjuguer nos compétences dans des gouvernances apaisées et un dialogue mutuellement respectueux à nouer et renouer.

« Faire équipe » ensemble, sera alors « être équipe » !

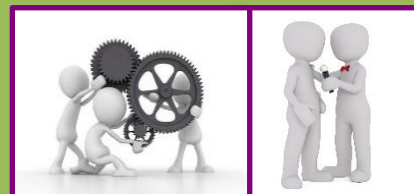
Pierre-Henri Haller

(1) 9eme Journées Francophones de Kinésithérapie, Rennes, 29 mars au 2 avril 2023

(2) CRAPS ANAP, 2023

(3) Enriquez, 1983 (4) Fustier, 2012. (5) Ricoeur, 2004

RETOURS D'EXPERIENCES TROSCOPE



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



« FAIRE
EQUIPE »

R et Ex



... au sein de la profession

C'est en effet, après la participation active du président de la SFP, Matthieu Guemann, aux JNKS de REIMS en septembre 2022, au tour



de Pierre-Henri Haller, président du CNKS d'avoir été invité à intervenir lors des JFK Rennes en mars dernier, samedi matin à la toute première heure ... alors

que Rennes peine encore à s'éveiller !

Et d'ores et déjà en perspective des prochaines JNKS ROUEN 2023 et des prochaines JFK MONTPELLIER 2025 des intentions de participations réciproques réaffirmées. Une démarche partenariale CNKS – SFP qui se renforce et fait « **équipe** » au bénéfice de la profession.

9^e journées Francophones de Kinésithérapie

ACTIVITÉS EN KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE CURRICULAIRE : ASSISTANT DE SOINS EN RÉADAPTATION, PRATICIEN CHERCHEUR, PRATIQUE AVANCÉE

MK SALARIÉ(E) EN 2023 : ENJEUX

MK SALARIÉ(E) EN 2023 : ENJEUX

Distinguer

- la kinésithérapie salariée
- le/la Kinésithérapeute salarié(e)

Exercice protéiforme et complexe

- diversité des établissements à des fonctionnements et organisations tout aussi complexes parfois liées à la taille de l'établissement mais pas forcément
- nécessité d'un travail en interprofessionnel et d'un cadre hiérarchique.

Avril 1996 : 50 ans de la profession

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

Expliquer plus pour mieux comprendre

- Le monde de la santé ...
- Le monde des professionnels de santé ...
- Le monde des établissements de santé et sanitaire et social ...
- La kinésithérapie salariée ...
- Les kinésithérapeutes salariés ...
- L'encadrement et l'organisation des soins ...

• JNKS STKS cnks.org rx sx Kinescope GT SHS

« Belle interactivité verbale et numérique lors de cette session aux JFK ; Une première !
Merci aux participants et organisateurs. PH Haller, président du CNKS

« Je suis vraiment heureux de la tournure qu'à pris la session CNKS au sein des JFK.
Ravi que notre partenariat ait porté ses fruits ». M. Guemann, président de la SFP

Questions d'hier

2018
AVR. : UN RAPPORT MET EN LUMIÈRE LA DÉTRESSE MENTALE DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

SEPT. : ANNONCE DU PLAN MA SANTÉ 2022 QUI PRÉVOIT UNE VASTE RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

pour les 50 années à venir

+ Hôpital

DONATA MARRO (RAPPORT) SOS

E. Macron

D'après Gerner Jochen, Mauger Martin
Tensions, Réformes et mobilisations,
Le Un Hebdo, 375, 1^{er} décembre 2021

Questions d'hier

Commission d'enquête
La situation de l'hôpital
et le système de santé en France

Exemplaire de rapport n° 1

M. Bernard KOMER

14 mars 2022

Journal Officiel de la République Française

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2022-084 du 26 août 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des unités de soins critiques

Prévention flammes sur les urgences et autres programmes

Questions d'hier

MAI-JUILL. : SÉCUR. DE LA SANTÉ

33 mesures

14 JUILL. : JOURNÉE D'HOMMAGE AUX SOIGNANTS. À PARIS, UNE GRANDE MANIFESTATION DEMANDE PLUS DE MOYENS POUR L'HÔPITAL

DERNIÈRE LES HOMMAGES MACRON ASPHYXIE L'HÔPITAL

Olivier Véran + Nicole Notat

D'après Gerner Jochen, Mauger Martin
Tensions, Réformes et mobilisations,
Le Un Hebdo, 375, 1^{er} décembre 2021

Questions d'aujourd'hui

- Crises, ruptures, dépassements...
- Un DE MK reconnu Grade Master
- Des évolutions Praticien... Clinicien « Hands off »,
- Vers la certification des diplômes DPC, EBP, Recherche ...
- Auxiliaires en Pratique Avancée / IPA, rapport IGAS
- Protocoles de Coopération, rapport IGAS
- Projets de fusions CME CSIRMT
- Projet de profession médicale Intermédiaire
- Gouvernance des établissements
- Tarification des SMR
- Expérimentation formation cadre de santé universitaires
- « Accès direct » (en / aux urgences ?)
- Evolution salariale dans la FPH + ... (Séjour de la santé Octobre 2021)
- « ratios » de soignants / patient – quelle analyse d'activité ?
- Soins critiques et kinésithérapie

Questions d'hier

2021
11 MAI 2021 : JOURNÉE DE GRÈVE DANS 110 SERVICES DE RÉANIMATION

15 SEPT. 2021 : L'OBLIGATION VACCINALE DES SOIGNANTS ENTRE EN VIGUEUR EN MÉTROPOLÉ

15 NOV. : EN GUADELOUPE, DÉBUT DES PROTESTATIONS CONTRE L'OBLIGATION VACCINALE CHU

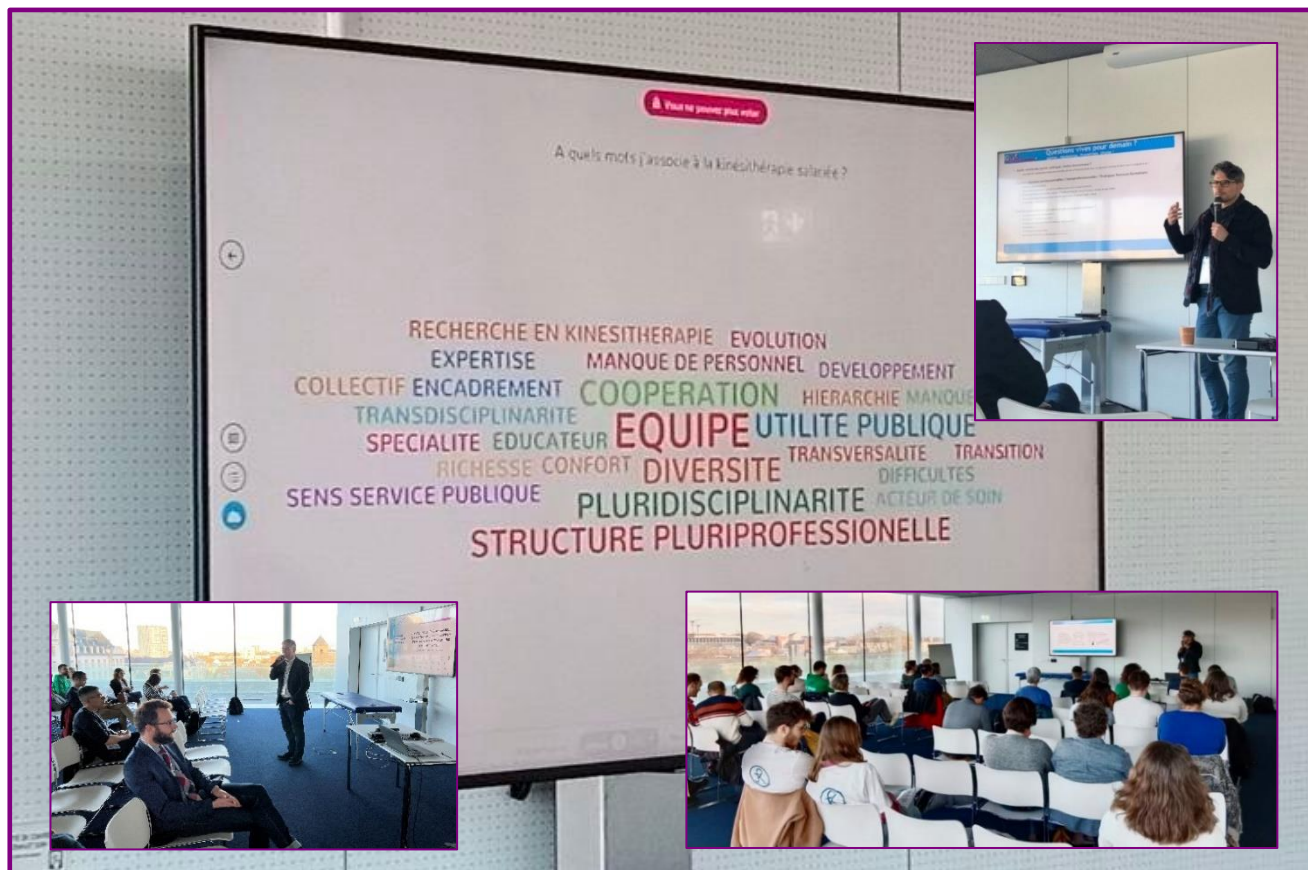
22 NOV. : APRÈS PLUSIEURS JOURS DE GRÈVE, LES SAGES-FEMMES OBTIENNENT UNE PRIME MENSUELLE DE 500 EUROS

RÉANIMATION EN GRÈVE

D'après Gerner Jochen, Mauger Martin
Tensions, Réformes et mobilisations,
Le Un Hebdo, 375, 1^{er} décembre 2021

Questions vives pour demain ?
Jupiter, Héphaïstos, Prométhée, Ulysse ?

- Quelle commande sociale, politique, médico économique ?
 - Une offre de réadaptation interprofessionnelle par des professionnels alliés pour un parcours sanitaire et social tout au long de la vie ?
- Quelles réponses professionnelles / interprofessionnelles ? Pratiques Parcours formations
 - Expertise, (8, polyvalence)
 - Spécificité (adaptabilité) / Spécialité (différenciation d'un creuset commun)
 - Pratique Orientée (contrainte / choisie) / Pratique Avancée versus P(s)A(s) / Etudes Ronde Delphi
 - Alternance et apprentissage, tutorat mentorat partenariat / Enquêtes FNEK x CNKS
 - IA domotique robotique
- Quelles constructions curriculaire de parcours professionnels ?
 - Assistant de Sains de Rééducation ?
 - Praticien-clinicien Chercheur MK ?
 - Pratiques Avancées, Spécificité d'exercice, spécialisation ?
 - Encadrement
 - Certification professionnelle
 - Attractivité Fidélisation / Démographie territoires



La 30^{aine} de participants, dont 77 % ont moins de 15 ans de DE, a répondu :

à la question « **à quel(s) mot(s) j'associe la kinésithérapie salariée** » (choix multiple)

C'est le mot **EQUIPE** qui est le mot phare, le centre, du nuage de mots de ce « wooclap », un déterminant majeur du choix d'un emploi salarié ; un constat constant lors d'enquêtes confirmé ici. L'esprit d'équipe ? le travail en équipe ? le travail d'équipe ? le travail en groupe ? le travail de groupe ? ... à affiner !

à la question « **l'exercice salarié a beaucoup évolué vers des fonctions de...** » (choix multiple)

- Pluri-poly-valence : 47,62 %
- Pratique orientée (expertise) : 57,14 %
- D'évaluation-orientation : 14,29 %

à la question « **l'attractivité vers le salariat est ...** » (choix multiple)

- au salaire : 16,67 %
- au travail interpro : 83,33 %
- à l'expérience de stage : 20,83 %
- à l'esprit d'équipe « rééducateurs » : 50 %

à la question « **la fidélisation au sein du salariat est due ...** » (choix multiple)

- aux conditions de travail : 50 %
- à la qualité de vie au travail : 16,67 %
- aux opportunités d'évolution de carrière : 41,67 %
- aux opportunités de formations : 50 %
- aux garanties d'emploi, salaire & retraite : 8,33 %

En sortie de session KINESCOPE a pu recueillir à chaud le point de vue de Marie A., MK hospitalière, en Auvergne Rhone Alpes

KINESCOPE : Qu'avez retenu de
cette session ?

C'était une intervention sous un format assez nouveau car faite d'aller-retours entre des présentations des travaux du collège, de contextes historiques, de projets menés et de perspectives proposées pour le métier de salarié au sein de la profession et ces éléments étaient entrecoupés de sondages auprès des participants. Une session très interactive qui réveille à cette heure matinale.

KINESCOPE : Parmi les projets présentés
quel est le projet qui vous a le plus
marqué ?

Plusieurs !

Il y a d'une part le fait que le CNKS parle de fidélisation sur le même plan que la question de l'attractivité c'est à dire qu'il y a bien des enjeux qui dépassent la seule vraie question du salaire, des grilles et se focalise sur la notion d'équipe, de Qualité de Vie & Conditions de Travail et de sens du travail

L'autre aspect est que le CNKS propose une logique intégrée, qu'il appelle Curriculaire, c'est à dire qui court tout au long de la vie professionnelle, en amont et aval du DE.

Le CNKS travaille sur ce que pourraient ou devraient être les « PROFESSIONS ALLIES » au sein de la « READAPTATION » avec en amont du DE l'assistant de soins en réadaptation et en aval une diversité de carrière pour les diplômés :

- *l'actuelle voie de l'ENCADREMENT qui mérite d'être soutenue, rénovée et relégitimée ... auprès des rééducateurs*
- *mais aussi une nouvelle voie celle du CLINICIEN CHERCHEUR, praticien de terrain qui va solidifier des pratiques probantes avec des parcours universitaires,*
- *ainsi que celle du MK en PA comme pour nos collègues infirmiers par la Loi Touraine pour lequel le CNKS via une étude en ronde de Delphi a évoqué des déclinaison populationnelles ...*

KINESCOPE : revenons sur le sujet récurrent de « l'aide kinésithérapeute », qu'en a dit le président du CNKS ?

Il a insisté sur le fait que le CNKS ne parle pas « d' Aide Kinésithérapeute » mais « d'Assistant de Soins en Réadaptation » ; un « aide soignant plus » ... comme les Assistants de Soins en Gériatrie ... aides soignants et autres brancardiers nos actuels collègues déjà sur nos plateaux techniques qui avec une formation complémentaire sur la réadaptation pourraient être les assistants des kinésithérapeutes mais aussi des ergothérapeutes, des orthophonistes ...

Et quelques jours plus tard le témoignage écrit de Jules B. , MK hospitalier (APHP)

Dernier jour des JFK, premier créneau de la journée, le CNKS intervient pour nous interroger sur l'activité du kinésithérapeute salarié. La salle "Les Horizons" - dont le nom résonne avec la thématique - se remplit progressivement.

L'interaction est rapidement lancée et la salle est sondée : des salariés, des libéraux, des étudiants, des jeunes diplômés, des moins jeunes, des diplômés de cadre, des diplômés universitaires, tous les profils sont présents.

Les questions se poursuivent auprès des participants. L'équipe, c'est le mot qui ressort au sein de l'assemblée comme le point fort et même l'axe principal de l'activité salariée, que ce soit entre rééducateurs ou bien au sein d'une équipe de soins. Par la suite les réponses restent plutôt unanimes, que ce soit sur la place du kinésithérapeute salarié, les différents facteurs d'attractivité ou encore la question de l'encadrement.

Nous abordons le sujet de la pratique avancée en kinésithérapie et sa distinction avec l'accès direct. Il est rappelé que ce sont des points qui font déjà l'objet de réflexions par le CNKS depuis un certain temps. L'expertise et la spécificité d'exercice qui peuvent être développées en centre poussent à la réflexion sur ces thématiques.

La place de la recherche est également soulevée, point central au sein d'une profession en perpétuelle évolution, avec notamment la difficulté de ne pas avoir à sacrifier la clinique pour faire avancer la science. Après tout, les deux sont-elles dissociables ?

Autant de sujets qui font écho à ma propre expérience de kinésithérapeute salarié en centre hospitalier universitaire et font comprendre que cela nous touche toutes et tous, quel que soit notre lieu d'exercice.

Cela fait mûrir la réflexion sur le présent et le futur de la kinésithérapie salariée et nous rappelle que les possibilités et les enjeux sont massifs.

Au final, une rencontre riche qui avait toute sa place dans ces journées francophones de la kinésithérapie construites sous le signe du lien entre recherche et pratique clinique.

Jules B. , MK (92)

« FAIRE
EQUIPE »



...dans les services

Enquête d'effectifs ? de Ratios ? Effectifs ↔ Ratios ?

(suite ... cf. Kinéscope n°24)

« M'en voudrez-vous beaucoup si je vous dis un monde ... » où depuis des années, peut être décennies, une lancinante plainte, en sourdine ou en éclats, remonte du monde du travail et très particulièrement des « services de sécurité » dont le monde de la santé : celle du manque d'effectifs.

Au travers de groupes de travail, d'enquêtes, de rencontres lors des JNKS par exemple, ou encore d'écrits publiés dans les colonnes de KINESCOPE, cette question « d'effectifs » est exprimée de façon claire ou sous-entendue, en pleins ou en déliés.

.....

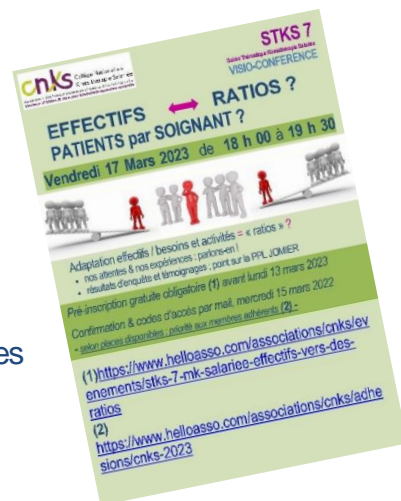
Alors définir « une bonne fois pour toutes » qu'il faut x patients par kinésithérapeute - voire entre x et x - est-il la solution ? N'est-il pas plus probant de disposer d'un outil d'analyse de la charge de travail modulable et adaptable aux situations réelles et à leurs évolutions ? Evidemment dans un contexte médico-économique bien posé et à l'aune d'une utilité sociale bien démontrée.

RETROUVEZ & CONSULTEZ
EN
SUPPLEMENT
DE
KINESCOPE
n°24 LE
DOSSIER



EXERCICE
SALARIE :
EFFECTIFS ...VERS DES RATIOS

Une Soirée
Thématique de la
Kinésithérapie
Salariée, en Visio –
Conférence,
dont KINESCOPE
vous rapporte quelques
testimoniaux de
participants en pages
suivantes



Bienvenue à la STKS 7
Soirée Thématique de la Kinésithérapie Salarée
Jeudi 16 mars 2023 18 h 30 à 20 h

EFFECTIFS vers des Ratios ?

un sujet qui fait long feu ...
on en parle ... depuis des années
on en parle ce soir et dans les semaines à venir
on en parlera ...aux XXVIèmes JNKS ...à ROUEN

Participants: Yves Cottret, Pierre-Henri HALLER, Olivier SALTARELLI, ANCIM, Julia Prieur, Marie BLANDIN, Berthézène Cammal..., Catherine Sarazin-All..., Laëtitia BUISSON, Guillaume Thierry, Annesophie Desprez, Eric Roussel, strichot, Marion de Belleroche.

Un sujet important qui mérite de solliciter l'avis des collègues non seulement au travers de l'enquête menée au printemps 2022 mais aussi au cours d'une STKS en visio-conférence à laquelle 47 collègues s'étaient inscrits.

L'occasion de présenter les données brutes de l'enquête, de resituer le contexte « politique » de la proposition de loi (PPL) portée par le Sénateur Jomier, et d'entendre successivement les témoignages de Julia Prieur, cadre de santé rééducateur du CH de Dieppe, de Dominique Combarous, présidente de l'ANCIM, et d'Eric Roussel, past MK, CDS MK, DS et actuel DRH au CHU de Nantes.

« J'ai apprécié la diversité des points de vue des intervenants. Les arguments des uns et des autres et les échanges enrichissent ma propre réflexion.

J'en ai conclu que ce débat est loin d'être terminé et qu'il doit être mené en intelligence collective et regrouper une grande diversité d'acteurs. »

Laëtitia Buisson, CSS MK (78)

« Les échanges sont intéressants avec des collègues qui vivent la même chose que nous au quotidien : c'est à dire des acteurs hospitaliers qui ont les mêmes questionnements sur la rééducation. Nous sommes tous un peu isolés dans nos établissements, car seuls à gérer un plateau de rééducation ; de ce fait c'est un réel plus d'échanger avec des pairs lors de ce genre de soirée visio-conférence.

Le sujet discuté - les ratios – lors de cette STKS était très intéressant et parfaitement en lien avec l'actualité : merci au CNKS »

Anne Sophie Despres, CDS MK (76)

« Je vous remercie pour cette soirée très enrichissante et très intéressante. Vos sujets de débats sont toujours pertinents et au cœur des préoccupations de l'exercice salariat actuel »

C.C, CDS MK (33)

« Cette discussion autour du sujet des ratios a été très intéressante. L'apport de différents intervenants (kinésithérapeute salarié, cadres de santé, directeur des ressources humaines...a permis de couvrir et de découvrir le sujet à travers différents regards et prismes et de voir que c'est un sujet complexe.

La complexité de ce sujet et les risques de "dérives" sont les raisons pour lesquelles il est primordial que le CNKS se soit saisi de ce sujet et travaille sur des propositions concrètes à présenter aux instances travaillant sur le sujet.

En tant que kinésithérapeute salariée, je pense que si cela est bien encadré, l'élaboration de ratios pourra permettre de mieux nous accompagner en améliorant nos conditions de travail et en permettant parfois d'appuyer les demandes de création de postes sur des services sous dotés.

Il me paraît par contre indispensable de travailler à l'élaboration d'un outil dédié adapté aux spécificités de chaque service et prenant en compte la pénibilité de ces derniers pour établir des ratios cohérents. Ce travail nécessiterait donc un investissement au niveau national mais surtout au niveau local. »

Florence Meilland, MK (69)

Le 16 mars dernier a eu lieu une discussion autour de la question des ratios en kinésithérapie.

Cette discussion réunissant plusieurs profils différents de professionnels fut riche en points de vue et visait à répondre à la question : La mise en place de ratios en kinésithérapie faciliterait-elle le recrutement et la fidélisation des kinésithérapeutes salariés ?

Cette question est intéressante et les avis des personnes sondées semblent s'orienter vers un souhait de ratio. Selon moi, néanmoins, il faut entendre les craintes et les questionnements sous-entendus par ce souhait de ratio qui sont à l'origine de nos problématiques RH.

Les kinésithérapeutes se retrouvent, au quotidien, contraints par une activité quantifiée par le nombre d'actes effectués. Cet aspect quantitatif tend à appauvrir la qualité des prises en charge. Le ratio pourrait alors constituer un garde-fou aux dérives de « course à l'acte ». Cela renvoie à la question : est-ce qu'un kiné compétent est un kiné qui prend en charge un maximum de patients ? Est-ce que l'efficacité, thème qui est au cœur des préoccupations des dirigeants comme des agents, se cantonne à un chiffre ?

L'exercice libéral est surveillé, chaque prise en charge doit pouvoir s'appuyer sur un temps minimal de séance pour éviter la dérive vers des « cabinets usines » où le chiffre d'affaires prend le pas sur la qualité des soins. Le travail à la chaîne y est péjoratif, et pourtant c'est le quotidien de travail au sein des structures où le kinésithérapeute y exerce en tant que salarié....

Lorsque la performance est évaluée uniquement sous le prisme d'une quantité, le kinésithérapeute se retrouve en situation de saupoudrage permanent, il saute d'un patient à un autre et les journées se suivent, se répètent et tendent à aller vers la perte de sens de l'activité. De plus, lorsque le seul moyen de repère d'efficacité du kinésithérapeute est le chiffre, celui-ci diminue au fur et à mesure toutes ses activités non cotables à savoir :

- les activités de communication (transmissions, staffs...) qui ont du sens pour l'activité hospitalière puisque le pilier de ce type d'activité est la coopération entre professionnels.

- les activités de formation continue : lorsque le kinésithérapeute doit faire du chiffre il ne prend plus le temps d'analyser ses pratiques et donc d'acquérir des compétences qui seraient souhaitables pour une prise en charge optimale

- les activités de tutorat : le stagiaire devient alors témoin direct d'une course effrénée au chiffre et cela ne laisse pas le temps à la transmission des savoirs.

- les activités de recherche qui sont attractives pour le soignant, souhaitées pour l'amélioration des pratiques et sources financements supplémentaires pour une structure.

Il me semble qu'un kinésithérapeute salarié choisit ce mode d'exercice pour l'expertise que celui-ci peut apporter dans différentes spécialités et pour la richesse du travail d'équipe. Le fait de multiplier les actes fait perdre tout sens à ce choix. C'est probablement en ce sens que le ratio peut sembler être une solution pour la fidélisation.

De même, que pense un étudiant lorsqu'il voit le kinésithérapeute enchaîner les patients tête baissée, quitte à appauvrir ses techniques ? Le ratio peut alors, à nouveau, être une solution aux difficultés de recrutement.

Néanmoins, comme nous l'a montrée cette discussion du 16 mars dernier, mon point de vue n'est que celui d'une kiné hospitalière et il est surtout intéressant de le confronter au regard du cadre de service qui doit manager plusieurs individus qui ont chacun leur avis sur l'activité, mais aussi le confronter au regard du directeur RH qui a ses propres contraintes.

Pour conclure, si je ne devais en dire que quelques phrases :

La richesse du débat engagée par le STKS réside dans la multitude de points de vue qui cherchent à converger vers une solution la plus efficiente pour tous. Le ratio semble être une piste de solution qu'il advient de modeler pour que chacun trouve du sens à son travail mais elle ouvre également, au regard de toutes les questions qu'elle soulève, vers d'autres propositions.

Marie Blandin, MK CHU (44)

"Le ratio MK-patients, un sujet d'actualité au travail en ce moment. Conférence très instructives, notamment sur les pour et contre des ratios, avec des points de vues et avis différents. Points de vues, notamment administratifs, de gestions de personnel et conséquences concrètes dans les services dont je n'avais pas conscience. Au final, ça aura été une conférence qui m'a permis d'élargir mon regard sur le thème des ratios MK- patients."

HW, MK CHU (25)

IA, Ratios, Analyse de la charge de travail

Des sujets maintes fois évoqués par le CNKS (cf. Kinescopes) ...

LA PRESSE EN PARLE

HOSPIMEDIA

E-santé : 80% des soignants pensent que l'IA peut améliorer leur travail

Publié le 13/04/23 - 16h49

L'intelligence artificielle (IA) aide à l'amélioration du quotidien et le travail des soignants. « C'est ce que pensent 80% d'entre eux*, selon un baromètre de Pulselife ... »

Cofondateur de Pulselife, le médecin Grégoire Pigné déclare dans le communiqué accompagnant les résultats du baromètre parus le 7 avril, à l'occasion de la journée mondiale de la santé, que les professionnels de santé "font face à un appauvrissement du secteur, conjugué à une explosion des connaissances médicales qu'il n'est plus possible d'absorber sans aide." Il ajoute que "la charge de travail de nos soignants n'est plus extensible. Il est grand temps de tirer parti de la technologie pour les aider".

* 835 professionnels de santé ont été interrogés entre les 22 et 28 mars. Parmi eux, des médecins, infirmiers, chirurgiens, aides-soignants, pharmaciens ou encore kinésithérapeutes.

Marie Sénéchal

Retrouvez l'inégalité de cette brève d'actualité sur HOSPIMEDIA

<https://www.hospimedia.fr/actualite/breves/20230413-e-sante-80-des-soignants-pensent-que-l>



KINESITHERAPIE SALARIEE & ROLE DU CADRE

Le rôle du cadre de rééducation dans la prévention de la fatigue compassionnelle.

1. Définition de la fatigue compassionnelle

Le sujet de la santé au travail dans les milieux paramédicaux tels que les cliniques SMR ou les hôpitaux évoque généralement les mesures de prévention des accidents du travail, des troubles musculo-squelettiques et des problèmes d'épuisement professionnel liés aux contraintes organisationnelles.

Toutefois, les professionnels de la santé, y compris ceux issus des métiers de la rééducation, font face à une particularité qui semble souvent négligée : la fatigue compassionnelle, qui est une forme d'épuisement des capacités à pouvoir être empathique.

L'empathie est une qualité essentielle, car elle permet de créer un lien privilégié entre le soignant et le patient.

Toutefois, les thérapeutes confrontés à la fin de vie ou aux suites de traumatismes physiques ou psychiques important, ou s'occupant de patients atteints de maladies chroniques, d'handicaps sévères ou de maladies dégénératives peuvent souffrir du niveau d'engagement émotionnel élevé que nécessitent les soins.

A terme, cela peut les affecter physiquement et psychologiquement. C'est dans ce contexte que la fatigue compassionnelle est décrite comme une situation dans laquelle une personne exposée de manière indirecte et répétée à des traumatismes peut présenter des signes ou des symptômes, allant jusqu'à rappeler le syndrome de stress post-traumatique.

Il est important de noter que la fatigue compassionnelle est différente du burn-out, qui est causé par des facteurs tels que les conditions de travail, le manque de reconnaissance et les conflits de valeurs. Toutefois, ces deux situations peuvent se rejoindre lorsque les professionnels de la santé se sentent délaissés par leur hiérarchie ou leurs collègues et qu'ils sont soumis indirectement à des traumatismes en raison du fonctionnement de l'institution, et non en raison de l'implication du thérapeute dans le soin.

Par exemple, un défaut de coordination entre les différents services, qui compliquent une prise en charge rééducative déjà difficilement vécue.

Dans de nombreuses situations à répercussions psychosociales, comme la fatigue compassionnelle, les signes et symptômes sont variés. Cela peut se manifester par un sentiment d'impuissance face à la souffrance du patient, provoquant chez le thérapeute des émotions négatives telles que la colère ou l'irritabilité. Des symptômes physiques tels que des douleurs musculo-squelettiques, des troubles digestifs, de la fatigue et un sommeil non récupérateur, ainsi que des symptômes psychologiques tels que des cauchemars, un repli sur soi, de l'anxiété, des conduites addictives, la mise en place de stratégies d'évitement ou un état d'alerte permanent, ou enfin un sentiment de vide peuvent également apparaître.

La constitution psychologique et le vécu de chaque individu peuvent favoriser l'apparition de cette problématique.

2. En tant que cadre de rééducation, comment prévenir la fatigue compassionnelle ?

Il convient d'abord de définir la structure organisationnelle dans laquelle opère le cadre de rééducation, et dans laquelle peut se développer cette problématique. Dans le modèle hiérarchico-fonctionnel, l'établissement hospitalier ou la clinique SMR est divisé en départements fonctionnels, par exemple, le service rééducation. Chaque département est placé sous la coordination d'un responsable fonctionnel, ici, le cadre de rééducation.

Ce dernier est en lien avec l'organe de direction, qui est seul décisionnaire en ce qui concerne les décisions importantes. Des instances, dont font partie les cadres, responsables ou médecins, ont un rôle de conseil et de consultation pour l'organe de direction. Cette structure permet une utilisation efficace des ressources, en regroupant les collaborateurs en fonction de leurs compétences et de leurs connaissances spécialisées.

Cependant, la structure hiérarchico-fonctionnelle présente deux inconvénients majeurs : une complexité de coordination transversale entre les départements et un immobilisme qui peut entraver l'innovation et la prise de décision rapide, notamment en raison des nombreux protocoles et de la longueur de la chaîne hiérarchique.

Dans ce contexte, le cadre de rééducation joue un rôle central et pivot en pouvant agir à la fois auprès de l'équipe opérationnelle, et auprès de la Direction.

Dans l'équipe opérationnelle la prévention va commencer par la détection des collaborateurs à risque de développer l'épuisement compassionnel en raison de leur perfectionnisme, de leur manque de compassion envers eux-mêmes, du fait qu'ils soient volontairement et en permanence multitâches, de leur résistance aux changements en dépit des décisions médicales ou de l'évolution de l'état du patient, ou au contraire de leur désengagement dans la rééducation du patient et de leur détachement du métier et de son évolution, ou enfin de leur isolement social croissant.

Cette détection peut se faire au quotidien, à travers des échanges avec les professionnels en particulier ou avec l'équipe en général, ou lors d'entretiens annuels.

Parallèlement, le cadre de rééducation, de part son expertise métier et ses compétences managériales est tout indiqué pour sensibiliser les équipes à cette problématique, notamment en normalisant les échanges sur le sujet et en encourageant les débriefings en équipe pour discuter de ces cas complexes et permettre l'expression libre et ouverte des ressentis des rééducateurs.

Plus concrètement, le cadre de rééducation doit veiller au quotidien à équilibrer les plannings en fonction de la charge de travail, du niveau de lourdeur et de dépendance des patients, et des capacités physiques et psycho-émotionnelles de chaque professionnel de son équipe.

Par exemple, répartir dans les plannings de chacun et au cours de la journée, les prises en charge des cas les plus difficiles et être attentif au professionnel qui ne souhaite prendre que des patients aux pathologies à fort risque de traumatismes indirects, ou qui ne veut pas passer la main tout en reconnaissant être impuissant face à l'évolution du patient.

En somme, le cadre de rééducation doit faire prendre conscience à chacun de ses limites, détecter les situations de résistance aux changements et proposer des solutions avant la survenue de l'épuisement compassionnel.

L'équipe et le cadre évoluant dans une structure, ce dernier doit aussi agir au niveau de l'organisation elle-même.

Un axe important sera ici aussi la sensibilisation.

Celle-ci peut se faire auprès de la direction et de l'équipe médicale, notamment par le biais de la présentation d'indicateurs lors d'échanges formels ou informels sur les problématiques de surcharge de travail (nombre de patients par rééducateurs, temps de soin moyen par patient, pourcentage de turnover, etc.), ou d'augmentation de la lourdeur des prises en charge (indicateurs de la dépendance du patient).

Un autre mode d'action sera d'encourager le travail interdisciplinaire en organisant des temps d'échange entre les différents services, soit de manière formelle avec une structuration et une régularité des réunions pluridisciplinaires, soit de manière informelle avec la mise en place de moment de convivialité ou de méthodes de teambuilding.

L'objectif ici est d'éviter l'isolement des professionnels.

La formation est un levier intéressant, à la fois pour entretenir la motivation, développer ou acquérir des compétences, et pour rencontrer d'autres professionnels issus d'autres structures.

Le cadre de rééducation peut donc proposer d'inscrire au plan de développement des compétences des formations en adéquation avec les situations complexes rencontrées dans son service. A minima, la mise à disposition de ressources accessibles sur le lieu de travail semble indispensable.

Plus largement, le cadre de rééducation peut promouvoir des actions qui améliorent la qualité de vie au travail (par exemple, faire preuve d'une certaine souplesse organisationnelle pour l'aménagement du temps de travail), ou favoriser un mode de management qui encourage les échanges informels pour permettre aux rééducateurs de discuter plus facilement de la porosité éventuelle entre leur vie professionnelle et personnelle.

Toutes ces mesures visent à briser l'immobilisme inhérent aux structures fonctionnelles et à encourager l'innovation dans les pratiques en prenant en compte les considérations propres aux métiers de soignants.

En résumé, la fatigue compassionnelle est un risque psycho-social spécifique qui affecte les personnes confrontées indirectement mais de manière répétée à des traumatismes.

Contrairement à l'épuisement professionnel, la fatigue de la capacité d'empathie est rarement discutée par les professionnels de terrain et les équipes de direction. Cependant, elle est un élément crucial qui peut survenir chez tous les soignants, y compris les rééducateurs, surtout s'ils ont des difficultés psycho-émotionnelles.

En tant que cadre de rééducation, il est crucial de s'occuper de ce problème affectant les soignants et de mettre en place des mesures pour prévenir autant que possible la fatigue compassionnelle.

Guillaume THIERRY
MK D.E, CADRE DE RÉÉDUCATION

Bibliographie :

Zawieja P. 3/4 Fatigue compassionnelle: Quand l'empathie se retourne contre le soignant.

Soins Cadre 26(103):59-61. DOI:10.1016/j.scad.2017.06.013

Figley. C. Test d'Usure de Compassion (Tuc). Disponible sur le site : <https://>

www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Soins_et_services/

[Services_prehospitaliers/Premiers_repondants/Activite_d_apprentissage.pdf](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Services_prehospitaliers/Premiers_repondants/Activite_d_apprentissage.pdf)

Landrieux-Kartochian S. Théorie des organisations, 3e édition. Gualino. 2016. 978-2297055727

ReEx



KINESITHERAPIE SALARIEE & SPORT

Le sport et la santé : Deux passions dans ma vie.

C'est ainsi que Anne Sophie Centis (déjà présentée dans KINESCOPE n°... en tant que Kinésithérapeute hospitalière en réa pédiatrique au CHU de Lille) titre l'article que KINESCOPE n°25 lui a demandé pour révéler une autre facette de cette collègue aveugle.



Je m'appelle Anne-Sophie Centis, j'ai 39 ans, je suis mariée et maman de deux garçons de 13 et 7 ans. J'ai perdu totalement la vue à l'âge de vingt ans des suites d'une maladie dégénérative du nerf optique.

Je suis kinésithérapeute salariée depuis bientôt 16 ans. Je travaille actuellement au Centre hospitalier Universitaire de Lille à l'hôpital Jeanne de Flandre dans le service de réanimation pédiatrique.

Travailler auprès d'enfants gravement malades, dont le pronostic vital peut être engagé, est un vrai choix.

*Je considère plus mon métier comme un sacerdoce que comme une profession. Je n'ai jamais envisagé d'exercer mon métier en dehors des murs d'une structure hospitalière. **Je suis passionnée par cet univers : travail en équipe avec différents corps de métier et prise en charge en phase aiguë.***

J'ai réussi à dépasser mon handicap au travail. On ne considère plus mon handicap mais mon professionnalisme. J'ai le sentiment d'être confrontée aux mêmes difficultés de toutes femmes valides : conjuguer mes vies professionnelle, familiale et sociale.

Or, il y a une autre facette de mon quotidien qui m'anime : le sport. Il a toujours occupé une place importante. Il me permet de me dépasser, de canaliser une nervosité parfois trop importante et m'aide à faire face aux nombreuses difficultés du quotidien.

Jusqu'en 2021, je le pratiquais en loisirs avec l'équitation puis l'escalade et l'athlétisme.

Désormais, je pratique le para-cyclisme. J'évolue dans la catégorie WB (Women Blind), en tandem avec ma coéquipière Elise Delzenne. Les tandems se composent d'un pilote, souvent issu du cyclisme en compétition, et d'un stocker, athlètes déficients visuels.

J'ai la chance d'être sélectionnée en équipe de France.



Suite à l'obtention de deux médailles de bronze aux championnats du monde de para-cyclisme

sur piste, en octobre 2022, j'ai obtenu le statut de sportive de haut niveau inscrite sur la liste ministérielle.

Le niveau du para-cyclisme mondiale est, bien sûr, très élevé. Nous évoluons à la fois sur piste et sur route.

La saison 2023 a débuté en mars avec les championnats de France sur piste avec, pour résultats, trois titres de championne de France.

La saison mondiale commence avec la première manche du coupe du monde sur route, à Maniago (Italie), fin avril. Les suivantes se dérouleront, au mois de mai, à Ostende (Belgique) et à Huntsville (Etats-Unis). Enfin, début août, le point d'orgue de la saison 2023 se fera, à Glasgow (Ecosse), lors des championnats du monde sur piste et sur route.

Bien sûr, nous rêvons des jeux paralympiques en 2024 à Paris. Mais, pour le moment, il n'y a aucune certitude concernant notre sélection. Il faudra, cette année, confirmer les bons résultats de 2022.

Pour performer, à ce niveau, le rythme est très soutenu. Je bénéficie d'un accompagnement par une nutritionniste et d'une préparation mentale. Je m'entraîne six à sept fois par semaine (musclature, piste, route et home-trainer).

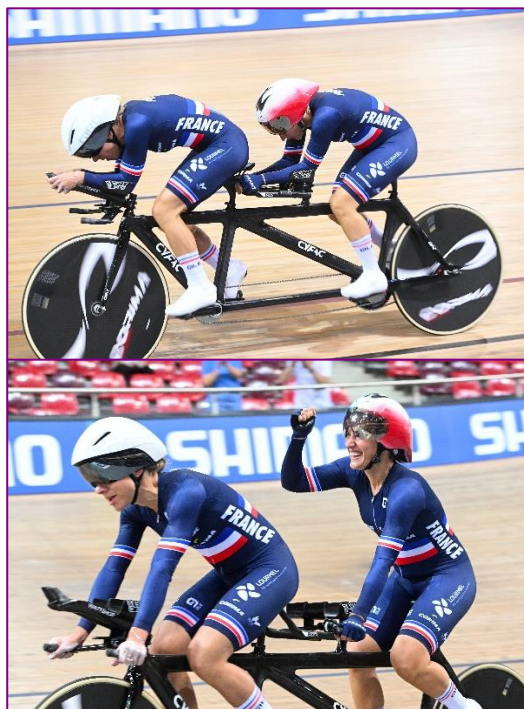
Pour me permettre cela, une convention d'aménagement dans l'emploi a été signée entre l'agence nationale du sport et mon employeur. J'ai obtenu, pour cette année, 69 jours de détachement professionnel pour les entraînements, les stages et les compétitions. Cette

disposition est bénéfique d'un point de vue sportif, mais impacte l'organisation du service de l'hôpital. Cruel dilemme !

Mon absence implique un remplacement par mes collègues qui sont déjà très occupés.

Cette situation est culpabilisante pour tout soignant ayant une conscience professionnelle.

Cette opportunité sportive ne se présente qu'une fois. Mais cette parenthèse se refermera.



A moi de faire le maximum pour ne délaissier aucune facette de ma vie pendant cette période.

A NOTER

Anne Sophie Centis
nous en parlera aux JNKS Rouen 2023

RetEx



KINESITHERAPIE & URGENCES

Un débat ancien ! Continuité des soins, permanence, « garde », .. Les missions des kinésithérapeutes salariés sont variées autant par leurs lieux d'exercice que par leurs modalités. Parmi ces missions l'une d'elles est questionnée régulièrement. Un sujet à l'ordre du : l'urgence ! à l'ordre du jour des JNKS 2023 Rouen ! et un « dossier spécial supplément de KINESCOPE » sera prochainement réalisé.

« FAIRE
EQUIPE »

En attendant ... comme relaté dans KINESCOPE n°24 ... une expérience au CHU de NANTES fait l'objet d'une étude. Un dossier supplément de KINESCOPE est en chantier. Deux mémoires sont en cours sur le sujet. Des témoignages sont encore et toujours les bienvenus.

L'équipe Nantaise en parlera au cours des JNKS ROUEN 2023



Vous êtes kinésithérapeute?

Vous intervenez (ou êtes intervenu.e)
dans un service d'urgence ?

Venez participer à notre étude !

Entretien semi-directif d'une durée de
20 minutes, en présentiel ou distanciel

Contact :

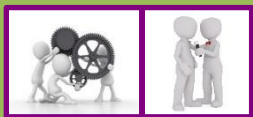
Marie Blandin

marie.blandin@chu-nantes.fr



« FAIRE
EQUIPE »

ReEx



KINESITHERAPIE SALARIEE & INTERPROFESSIONNALITE

Interprofessionnalité et réadaptation cardiaque en SMR (phase 2)

Situé à Hyères les Palmiers, l'Hôpital Léon Bérard est un SMR privé à but non lucratif, autorisé à assurer des soins au titre des quatre mentions spécialisées suivantes :

- Affections de l'appareil locomoteur.
- Affections du système nerveux.
- Affections des brûlés.
- Affections cardio-vasculaires.

Un des trois plateaux techniques spécialisés est entièrement consacré à la prise en charge de patients porteurs d'une pathologie cardiaque, opérée ou non. En fonction des besoins, deux parcours de soins peuvent être proposés aux patients : l'hospitalisation de jour ou l'hospitalisation complète.

Quel que soit le mode d'hospitalisation, lorsque les patients arrivent dans notre service à l'issue de la phase I ; souvent non programmée et consacrée à l'urgence vitale ainsi qu'aux gestes plus ou moins invasifs associés ; il est alors temps d'assurer et de proposer à ces derniers une prise en charge globale et adaptée à leurs besoins, leur environnement ainsi que leur projet de vie.

La question de l'interprofessionnalité en réadaptation cardiaque prend donc tout son sens. Dans la littérature, on peut constater une certaine diversité de point de vue entre auteurs au sujet de l'interprofessionnalité.

Toutefois, on relève des points communs et récurrents. Tous s'accordent pour désigner l'interprofessionnalité comme étant une action collective, un partenariat entre plusieurs professionnels de disciplines différentes qui travaillent ensemble vers l'atteinte d'un but commun, celui d'offrir des soins et services de santé de qualité au patient ainsi qu'à ses proches.

Il est également question d'un processus dynamique évoluant selon les besoins du patient et caractérisé par un partage de pouvoir basé sur l'expertise de chacun ainsi que par une pratique centrée sur la personne et ses proches.

Enfin, on relève des caractéristiques inhérentes telles que la prise de décision et responsabilité partagée, la reconnaissance d'une identité commune et le partage de mêmes valeurs, des relations interdépendantes et empreintes de collégialité, une communication ouverte et respectueuse, une bonne connaissance des rôles et responsabilités de chacun, et enfin l'adoption d'objectifs d'intervention communs.

La définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé étant la suivante : « apprentissage et activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé ».

En revenant plus précisément sur le sujet de la réadaptation cardiaque, deux études se sont intéressées au sujet de la collaboration interprofessionnelle et rapportent que les interventions multidisciplinaires diminuent le nombre d'hospitalisations et le taux de mortalité auprès des personnes ayant des problèmes cardiaques (Holland et al., 2005 ; Mc Alister, Stewart, Ferrus et McMurray, 2004).

A l'heure actuelle en France, la réadaptation cardiaque est divisée schématiquement en 3 phases :

- 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.
- Phase II : Réadaptation cardiaque en Hospitalisation de Jour ou Hospitalisation Complète, à l'issue de la phase aigüe (I). Environ de 2 à 4 mois en HDJ, à raison de 2 à 3 séances par semaine ; et environ de 3 à 4 semaines pour l'Hospitalisation Complète.
- Phase III : Réadaptation au long cours, à l'issue du séjour en SMR.

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 vis-à-vis de l'exercice physique.

D'un point de vue pratique, les trois axes principaux de la prise en charge en réadaptation cardiaque durant la phase en SMR (dite phase II) sont l'optimisation du traitement, le réentraînement à l'effort et l'Education Thérapeutique du Patient.

Si l'optimisation des traitements relève des compétences du cardiologue, le réentraînement/réhabilitation à l'effort ainsi que l'ETP sont assurés par une équipe pluridisciplinaire dont la capacité à travailler ensemble est déterminante afin d'assurer une efficacité maximale de la prise en charge du patient et de son séjour.

La pathologie cardiaque, coronarienne ou insuffisance cardiaque, est synonyme de facteurs de risque cardio-vasculaires : tabac, stress, surpoids, sédentarité, HTA, cholestérol, hérédité et diabète. Devant la diversité de ces facteurs de risque, les patients sont donc amenés à rencontrer différents professionnels répondant chacun de leur domaine spécifique.

L'équipe de réadaptation cardiaque est ainsi composée de cardiologues, diététiciens, enseignants en Activité Physique Adaptée, ergothérapeutes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues et tabacologues.

Aucun de ces professionnels ne peut répondre à lui seul aux différents besoins du patient. Afin de proposer la prise en charge la plus adaptée possible à chaque patient, il est donc nécessaire d'avoir recours aux compétences des différents soignants concernés ; et surtout de rester vigilant à l'usage de ces diverses compétences.

Leur emploi uniquement de manière juxtaposée, voire compartimentée ne présente que peu d'intérêt. En revanche, la combinaison concrète et pratique des compétences de chacun va permettre de proposer un réel accompagnement personnalisé du patient.

Par exemple, dans le volet réentraînement à l'effort, en fonction du niveau de capacité physique et fonctionnel du patient, les regards croisés des MK, ergothérapeutes et APA sont primordiaux. Dans le cas particulier de dépendance et de limitation dans les activités de la vie quotidienne, des prises en charge en binôme (MK/ergothérapeute) permettent d'assurer une meilleure cohérence des soins proposés et favorise l'adhésion du patient à sa rééducation. Ce type de prise en charge est également favorable à la mise en place un climat de confiance entre le patient et ses rééducateurs.

Il en est de même concernant le travail associé des MK et enseignant APA, la communication quotidienne contribue à orienter des thématiques de séances afin de proposer au patient de travailler de manière « détournée » sur des difficultés physiques et/ou psychologiques.

Les séances sont ainsi optimisées au maximum du point de vue des capacités fonctionnelles du patient. Le travail d'équipe évite les prises en charge redondantes, la possible mise en difficulté ou en échec du patient ; et contribue à la création de séances personnalisées et adaptées aux besoins de la personne.

Le suivi du patient en Education Thérapeutique durant cette phase (II) est également fondamental 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.

Dans ce volet d'Education Thérapeutique, la prise en charge interprofessionnelle est essentielle. 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) ainsi que ses objectifs personnels de rééducation.

L'intérêt de ce bilan initial réside évidemment dans les propositions d'ateliers qui pourront être soumises au patient, mais également et de manière indiscutable dans le partage des informations recueillies lors de ce dernier.

La vision globale des connaissances / méconnaissances, objectifs et souhaits du patient conduit l'équipe à réajuster si besoin les propositions de prise en charge, et rend le séjour en réadaptation cardiaque le plus pertinent possible.

Les échanges interprofessionnels à l'issue des différents ateliers sont également riches d'enseignements.

Dans ce contexte particulier de survenue de la pathologie soudaine, brutale, parfois violente, il est indispensable de pouvoir accueillir le patient avec toute la bienveillance et l'écoute d'une équipe multi compétente et apte au « travailler ensemble ».

Cette prise en charge interprofessionnelle facilite l'adhésion et la participation du patient à son programme de rééducation ; et assure le meilleur accompagnement possible de ce dernier, ainsi que de son entourage, au cours d'une période de profonde vulnérabilité.

Et c'est bien aux soignants, à l'équipe, qu'il appartient de s'adapter à cette fragilité ainsi qu'à ces incertitudes.

Force est de constater que si des désaccords ou manques de communication entre professionnels existent ; même s'ils ne sont pas verbalisés ; ils sont perçus sans équivoque par le patient. Ils peuvent alors être la source de contradictions, parfois de conflits qui desservent de fait le passage en réadaptation.

Ce point de vue du « travailler ensemble » dépend au-delà de l'équipe, des individualités qui la composent et du cadre dans lequel est proposé ce mode d'exercice.

Evidemment, plus la situation de la personne est complexe, plus l'interprofessionnalité devrait augmenter et, par conséquent, plus l'interdépendance devrait également croître entre les compétences de chacun. E.Morin évoque l'altérité comme l'une des figures de la complexité. Devant ces prises en charge plurielles, il semble donc crucial d'intégrer une réflexion autour de la question de l'intersubjectivité ainsi que celle de l'altérité dans nos pratiques professionnelles ; et de s'interroger sur nos relations avec autrui et donc notre capacité à travailler en bonne intelligence avec l'Autre puisque : « On ne naît pas coopérateur, on le devient » (Adam, 2012).

Au niveau individuel, il est nécessaire que chaque professionnel ait la volonté de s'engager dans une pratique de collaboration, qu'il partage des valeurs communes, qu'il soit présent et actif dans le travail des autres et bien sûr dispose d'habiletés personnelles en terme de rapport aux autres (collègues et patients).



Cette implication personnelle est un élément majeur dans ce processus qui, sans nier les compétences spécifiques de chacun, délaisse progressivement le sentiment d'appartenance à une profession au profit de l'appartenance à une équipe de professionnels ; et se détache ainsi de la notion de corporatisme.

Concernant le cadre organisationnel, il est important de définir une coordination claire et sans ambiguïté des prises en charge de chacun.

Un système de communication/information efficace et une reconnaissance basée sur les résultats de groupe sont également nécessaires. Et bien sûr un leadership en mesure de gérer les éventuels conflits interprofessionnels.

Pour cela il est indispensable d'avoir l'entière lisibilité sur les compétences et responsabilités des autres, ainsi que sur la complémentarité des expertises de chaque professionnel.

Concrètement, le cadre participe à créer et à construire cette coopération en dissipant les potentielles rivalités, conflits de territoire, et en éveillant la curiosité de chacun vers la connaissance de l'Autre et la reconnaissance de ses compétences. L'interprofessionnalité se met alors efficacement en place quand chaque professionnel en perçoit le bénéfice et la nécessité.

Des temps de régulation et de réflexion collective s'imposent, et le plus souvent à la demande de l'équipe. La concurrence cède ainsi la place au partage des savoirs et à la construction de liens formels et informels.

Respect et confiance sont les piliers de ce processus de métamorphose d'une logique identitaire vers une logique de complémentarité.

En pratique, et au-delà des individualités et aspects organisationnels, cette dynamique d'exercice peut être confrontée à deux obstacles majeurs : la (courte) Durée Moyenne de Séjour en réadaptation cardiaque (en moyenne 3 semaines en hospitalisation complète), et le turn over des équipes. Bien que différents dans leur nature, pour tenter de les limiter au maximum, la communication permanente, fluide et efficace reste le meilleur levier ; et indéniablement l'accompagnement des « nouveaux arrivants » dans ce mode d'exercice.

Les bénéfices du « travailler ensemble », sont bien réels, du point de vue des patients sur leur prise en charge, mais également du point de vue des professionnels concernant le sens du travail. Ce travail d'équipe est d'ailleurs un argument majeur de fidélisation pour certains professionnels. Toutefois, l'évaluation effective et comparative des résultats demeure encore imprécise devant la diversité des contextes et la complexité propre à chaque situation.

Dans cet exercice professionnel et personnel, il semble que chercher à construire une solution, une relation ensemble, c'est être capable de se dire nos différences, parfois nos limites. C'est également apprendre à expliquer ses choix, ses actes et tenter de trouver une manière de les verbaliser afin de les rendre perceptibles et intelligibles pour « l'Autre ».

Enfin, de temps à autres, c'est reconnaître et accepter le caractère discutabile d'une situation ; qui peut être source de dissonance cognitive ; et consentir à accompagner son évolution dans le temps.

Servane PRIEU

Cadre de santé masseur-kinésithérapeute

Bibliographie

M. Hatano-Chalvidan – *Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ?* – Champ social n° 148 2016/2

Organisation mondiale de la santé. (2010). *Framework for action on interprofessionaleducation and Collaborative practice*

Santschi V. *L'interprofessionnalité au cœur des soins*. Revue d'information sociale REISO [en ligne]. 2018 Juin

Aubert M, Manière D, Mourey F, Outata S. *Interprofessionnalité en gérontologie*. Toulouse : Erès ; 2005.

Carron et al. *An overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care : Effectiveness*. 2021.

D'Amour et al. *The conceptual basis fo rinterprofessional collaboration : Core concepts and theoreticalframeworks*. Journal of Interprofessional Care. 2005.

Allard F, Bravo K. (Re)découvrir l'altérité pour mieux travailler ensemble : une question d'actualité. <https://www.cairn.info/revue-projectique-2020-1-page-91.htm>

JNKS ROUEN 2023

Partenaires à ce jour :



Pré-programme & inscription ~~> p. 41 à 43

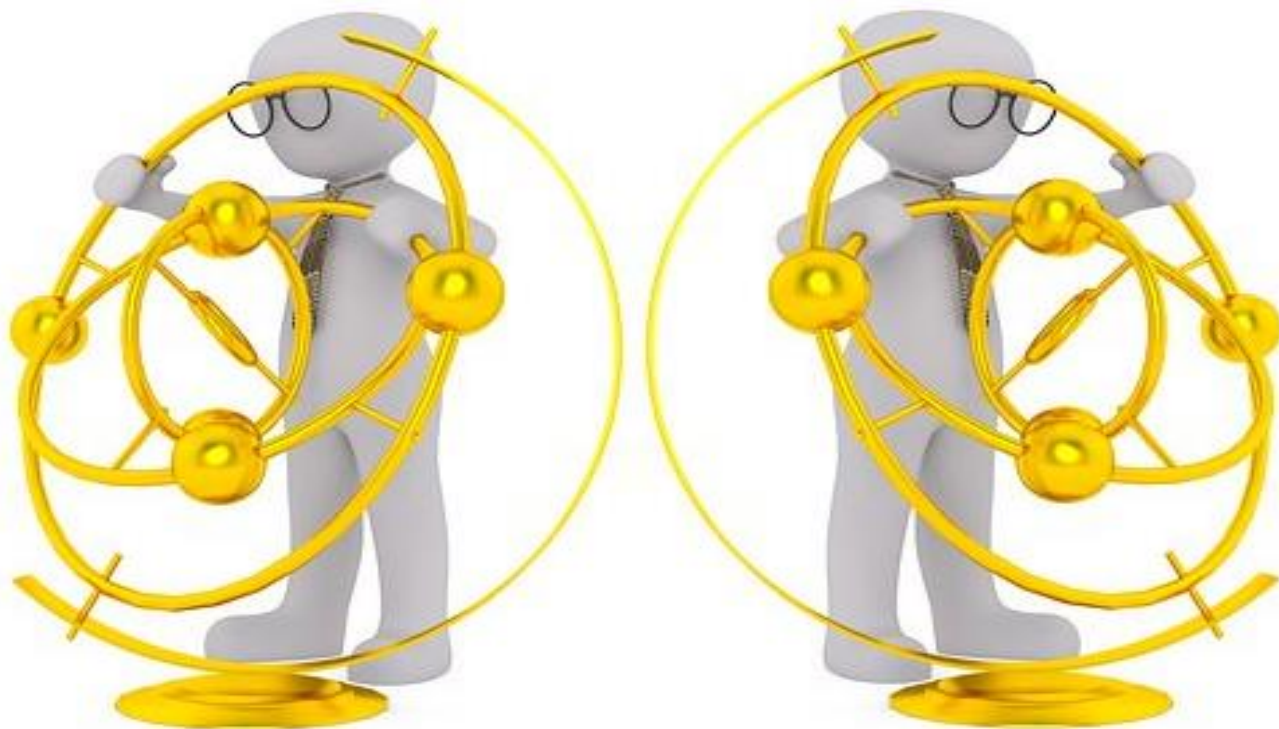
PRATICO SCOPE



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 & 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'efficacité & 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**



EPISODE 5 : « Tuteur de stage : un rôle aussi dans la fédération de l'équipe »

Lundi, Arthur a été nommé officiellement par Marie, la cadre du service, « tuteur de stage ».

Arthur a maintenant de nouvelles obligations. Il collabore avec Marie pour finaliser le planning d'accueil annuel ; il accueille les stagiaires avec elle le premier jour de stage ; surtout il accompagne les étudiants dans l'atteinte de leurs objectifs, leur analyse de pratiques, leur évolution, leur développement de compétences.

Arthur est motivé par ces missions qui l'intéressent depuis longtemps, de souvenir depuis qu'il a été diplômé.

Au sein de l'équipe, ils sont 2 tuteurs : Agathe et lui. Agathe encadre des stagiaires depuis plus de 10 ans. Elle est à l'aise dans cet exercice.

Arthur et elle échangent souvent sur leurs manières de tutorer les étudiants, notamment sur leurs attentes en fonction de l'année d'études.

Dans la formation au tutorat qu'Agathe a aussi fait en 2020, il leur a été demandé de réfléchir à des « situations de soins emblématiques » ; dit plus simplement les profils de patients les plus souvent accueillis dans le service et que les étudiants sont certains de suivre.

Ce choix n'a pas été difficile à faire, le service est orienté en neurologie adulte avec une présence importante de patients hémiplegiques post AVC en phase subaiguë, de patients blessés médullaires post AVP, et de patients parkinsoniens en hôpital de jour.

En revanche, la réflexion concernant l'évaluation des compétences a été plus complexe. Agathe et Arthur ont dû définir les activités de soins en kinésithérapie réalisées auprès de ces patients. Impossible de le faire sans les collègues. Les échanges sur les pratiques et attentes de chacun(e) n'ont pas été simples à planifier et aussi à réguler : la présence de Marie fut nécessaire.

Finalement, ils sont arrivés à produire des situations emblématiques riches et variées. Cela faisait longtemps qu'il n'y avait pas eu ce type de réunion dans le service. Vous savez, ces réunions où chacun donne son avis, discute celui des autres, réfléchit à sa pratique, voire se remet en question ou pas.

Arthur et Agathe ont aussi décidé, avec l'accord de la majorité de leurs collègues, que les étudiants en stage passeraient du temps de stage obligatoirement avec plusieurs kinésithérapeutes de l'équipe. Cela ne ferait pas de ces derniers des tuteurs. Ils n'accompagneraient pas l'étudiant dans le développement de ses compétences tout au long du stage et ne s'occuperaient pas du portfolio.

Encore une fois, cette organisation a créé des échanges : quand Agathe et Arthur souhaitent faire le point sur l'évolution d'un stagiaire, ils interrogent leurs collègues pour partager leurs regards. Ces mises en commun sont toujours un moment qu'Arthur apprécie particulièrement. Cela ne dure pas longtemps mais le simple fait d'échanger leurs vécus renforce son sentiment de faire partie d'une équipe.

Selon BORU (1996, p.104), le tutorat peut exister sous 3 formes : le spontané, l'institué et l'organisé.

Le tutorat spontané concerne des pratiques d'accompagnement informelles, sans identification formelle des missions d'un tuteur.

Le tutorat institué donne lieu à un « cadre législatif avec des attendus formalisés » ; sous cette forme, les tuteurs sont désignés officiellement.

Le tutorat organisé ajoute au précédent une réflexion autour des moyens à mettre en œuvre pour accompagner au mieux les stagiaires, des moyens déjà existants et une reconnaissance de compétences propres aux tuteurs, notamment en leur faisant bénéficier d'une formation.

Cette progression, valorisée dans les formations au tutorat, entraîne évidemment une amélioration de l'accompagnement des étudiants dans le développement de leurs compétences. Mais elle agit également sur l'équipe. L'équipe peut se définir comme « un groupe de personnes unies dans une tâche commune » dévolue à une institution. Le « faire équipe » suppose donc une organisation des pratiques incluant des échanges entre les personnes.

En ce sens, le tutorat des étudiants, selon l'échelle à laquelle nous l'observons et le pratiquons, peut favoriser un travail d'équipe de kinésithérapeutes ou de paramédicaux au sein d'un service, de soignants médicaux et paramédicaux d'un pôle, de services au sein d'un établissement de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- BORU Jean-Jacques. Du tuteur à la fonction tutorale : contradictions et difficultés de mise en œuvre. In : Recherche & Formation, N°22, 1996. La fonction tutorale dans les organisations éducatives et les entreprises. pp.99-114
- MENAUT Hervé. Tutorat et formations paramédicales : penser l'accompagnement tutoral, De Boeck, 2013
- RONDO Alain. L'équipe. In : VST – Vie Sociale et Traitements, N°115, 2012, pp.137-138
- AMADO Gilles, FUSTIER Paul. Faire équipe. Eres. 2019

Les réseaux sociaux nous informent

Anfh

Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

A retrouver sur le site de l'OPCA de la Fonction Publique Hospitalière un dossier très intéressant sur les chiffres clés consolidés de ses 16 cartographies régionales des métiers de la Fonction publique hospitalière (FPH), réalisées entre 2018 et 2022, en collaboration avec BVA.

Une étude qui rapporte les contributions de **1 288 établissements** soit 57% d'entre eux, **représentant plus de 8 agents sur 10**, soit **868 451 agents** (personnels non-médicaux).

Au sein de ces 80% des agents de la FPH, la famille des métiers de « **soins et assimilés** » est d'environ **62% des agents** et **45%** sont **aide-soignants** ou **d'infirmier en soins généraux**. Plus de **17%** des agents sont **en fin de carrière** (55 ans et plus) et **23%** des agents sont **contractuels**

Plus d'infos sur les chiffres clés : [télécharger la synthèse des chiffres](#)

A noter que la DGAFP a publié en décembre 2022, les effectifs physiques des agents des trois versants de la Fonction publique (PNM et PM pour le versant FPH) dans « *L'emploi dans la fonction publique Année 2021* », à télécharger [ici](#).

.....

Une démarche de cartographie aux multiples enjeux :

- Mieux connaître les métiers réellement exercés et suivre les évolutions.
- Accompagner les établissements dans l'analyse de leurs données métiers, l'élaboration du bilan social /
- Accompagner les établissements de la FPH dans leur démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).
- Définir et ajuster les priorités régionales et nationales de l'ANFH (EP / FQ&CPF / Apprentissage), chaque année, en fonction de l'évolution des besoins.
- Adapter l'offre de formation destinée aux personnels (soignants, socio-éducatifs, fonctions-supports...) et personnels médicaux.
- Assurer une fonction d'observation, de veille et de capitalisation sur les évolutions des métiers et des compétences dans le champ sanitaire, médico-social et social afin de partager des résultats récents avec les partenaires nationaux, Ministères de la santé, de l'autonomie, ONDPS, etc.....

En tant qu'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la Fonction publique hospitalière, l'ANFH dispose de leviers d'action importants par le financement de la formation d'une part et, d'autre part, par l'accompagnement de 2 210 établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux à travers les territoires dans le pilotage de la formation et des RH.

https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/anfh_carto_consolidation.pdf

KINESITHERAPIE SALARIEE & READAPTATION

La READAPTATION ! concept, incantation, utopie ou réalité ?
Les points de vue divergent de façon historique sur le(s) sujet(s) ; les 2R, les 3 R, voire les 4 R et même 5 R ont été édictés au gré des « écoles de pensée, ou de pouvoir ».

Le CNKS depuis plus de 10 ans a opté pour une nouvelle stratégie de **Réadaptation & Professions Alliées** ; c'est clairement dans cet esprit que cet item de la rubrique PRATICOSPE est récurrent et ouvre ses colonnes à toutes celles et tous ceux, professionnels et organisations professionnelles qui souhaitent argumenter cette impérieuse nécessité.

L'analyse de la charge de travail outil indispensable à l'adaptation de ratios et les différentes alternatives à l'hospitalisation complète (HDJ, HAD R, Equipes mobiles ...) sont ainsi au cœur du débat d'une « mission de réadaptation » qui doit impérativement s'inscrire pleinement dans les filières de soins.

L'actualité mais aussi les initiatives loco-régionales exposées lors des JNKS REIMS 2022 sur le développement des **HAD R** (en savoir plus : cnks.org) et celle exposée par le **Centre de Réadaptation de Coubert dans ce numéro** - et d'autres à venir - contribuent à la réflexion et seront à n'en pas douter mises en débat aux prochaines JNKS ROUEN 2023. ~-> **cf préprogramme en pages 40 à 42**

Un dossier supplément de KINESCOPE sur l'HAD-R est en cours d'élaboration.



L'Hospitalisation à Domicile en Réadaptation, ... une innovation par essence

Le Centre de Réadaptation de Coubert, toute une histoire !

Le Centre de Réadaptation de Coubert est un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation du Groupe UGECAM, organisme privé à but non lucratif de l'Assurance Maladie. Il est situé en Seine et Marne, en Ile de France. Il a ouvert au début des années 1980 sur un site de 130 hectares.

Un projet de délocalisation est en cours de définition avec les tutelles et les Directions régionale et nationale de l'établissement.

L'objectif est de quitter un vaste environnement dont l'entretien des espaces et des locaux est coûteux avec une infrastructure de moins en moins adaptée aux besoins des patients accueillis.

Avec une autorisation de 356 lits et places, le Centre de Réadaptation de Coubert prend en charge des patients en consultation spécialisée, en Hospitalisation Complète (200 lits), en Hôpital de Jour (33 places), en Hospitalisation à Domicile (90 places) ou en unité de long séjour neurologique (19 lits).

L'effectif en MK est de 24,4 ETP en SSR et de 10 ETP pour l'HAD R.

L'établissement est reconnu pour son expertise dans plusieurs domaines tels que la rééducation des patients atteints

- de brûlures,
- d'affectations neurologiques,
- d'affections touchant l'appareil locomoteur,
- d'amputations des membres supérieurs et inférieurs,
- en gériatrie
- ou la prise en charge et l'évaluation des patients présentant des douleurs chroniques (activité labellisée).

Des débuts timides pour l'Hospitalisation à Domicile

Les HAD sont des établissements sanitaires relevant du Code de la santé publique. Ces structures assurent au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ils se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile (SSIAD, par exemple) par leur complexité et la fréquence des actes nécessaires.



Que ce soit à New York en 1947 avec le Home Care ou à l'hôpital Tenon de Paris en 1957 avec l'HAD de l'AP-HP, les Professeurs Bluestone puis Siguier impulsent la création des services d'hospitalisation à domicile.

En effet, confrontés à un sureffectif de patients, ils choisissent d'en assurer le suivi au domicile. L'objectif était alors de désencombrer les hôpitaux.

En 1958 est créée, par le professeur Denoix de l'Institut Gustave Roussy, la deuxième structure d'HAD à Puteaux destinée à des patients cancéreux et qui prend le nom de Santé Service. Consacrant le succès de ces initiatives, la première convention est signée en 1961 entre la Caisse primaire d'assurance maladie et l'HAD de l'AP-HP d'une part, Santé Service d'autre part.

En 1970, l'HAD est reconnue officiellement par la loi portant réforme de l'hospitalisation . De nouvelles lois pour confirmer la place de l'HAD

En 1991, la loi dite Evin reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle .

En 1996, l'Ordonnance Juppé permet la mise en place des prises en charge ambulatoires et ainsi assoit un peu plus la place de l'HAD dans l'offre de soins .

En 2004, une circulaire de la DHOS précise le rôle de l'HAD qui est chargée d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés.

Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Associée à la circulaire du 30 mai 2000 puis à l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 ratifiée en août 2004, cette circulaire a pour objectif une intensification du développement de l'hospitalisation à domicile. En 2007, via la loi Kouchner, un nouveau décret autorise l'intervention des structures d'HAD pour les résidents des établissements d'hébergements pour personnes âgées.

La même année, dans le cadre d'une expérimentation régionale, après avoir répondu à un appel à projet, le Centre de Réadaptation de Coubert ouvre un service d'HAD avec une mention « Réadaptation ».

Cette autorisation est délivrée pour 30 places, sur un territoire limité aux abords de la commune de Coubert, en Seine et Marne. Une évolution des lois encourageante pour le développement de l'HAD

En juillet 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) prépare les réformes à venir en définissant une nouvelle organisation sanitaire et médicosociale visant à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et répondant à l'ensemble des besoins de santé.

Elle renforce la place de l'HAD au sein du système de santé.

En effet, celle-ci devient un mode d'hospitalisation à part entière. Ce sont les prémices de l'exercice coordonné

La loi comporte 4 titres :

- La modernisation des établissements publics de santé
- L'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire
- La prévention et la santé publique
- L'organisation territoriale du système de santé

En janvier 2016, la loi dite de modernisation de notre système de santé qui s'articule autour de trois axes (la prévention, l'accès aux soins et l'innovation) engage, notamment, avec l'axe 2, qui est d'innover pour mieux soigner en proximité, le virage ambulatoire qui donnera un peu plus de légitimité aux Hospitalisations à Domicile.

En effet, elle acte la volonté de l'Etat de maintenir le plus possible l'ensemble des patients au domicile en réduisant, notamment, les durées d'hospitalisation et en limitant autant que possible les institutionnalisations

L'HAD de Coubert : une réelle inscription dans le développement de l'ambulatoire

En 2017, l'établissement sollicite l'Agence Régionale de Santé afin de développer ce service et d'augmenter son capacitaire à 90 places. Cette autorisation permet de proposer une offre sur un territoire plus large, avec une répartition sur trois antennes, à l'ensemble du département et des territoires proches (une partie du Val de Marne et de l'Essonne).

Ainsi, les équipes sont organisées autour de 3 zones géographiques dont les antennes se situent à Coulommiers, au sein des locaux d'une HAD polyvalente, à Coubert, au sein du Centre de Réadaptation de Coubert et à Avon, au sein du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique du Prieuré.

Ces choix ont pour ambition de créer des partenariats sur le territoire et ainsi proposer une offre de soins élargie en s'associant à d'autres structures afin de favoriser les parcours des patients d'un mode d'hospitalisation à un autre, en fonction de ses besoins. Ce projet s'inscrit donc également dans la logique de la loi HPST.

L'antenne Nord a ouvert à Coulommiers dès le mois d'octobre 2017. L'antenne Sud a suivi, à Avon au mois d'avril 2018. Les fonctionnements alors très artisanaux ont dû être retravaillés afin de répondre à une activité de plus grande envergure.

C'est dans ce contexte que l'établissement a fait le choix de se faire accompagner par un cabinet d'audit et de conseil missionné pour établir un diagnostic, un plan d'action et un accompagnement sur le terrain en 2017. Cet accompagnement a pris fin en juin 2018.

L'HAD de Coubert, une ambition confirmée dans la durée

Un nouvel audit, réalisé par un autre cabinet, a eu lieu en fin d'année 2019. Celui-ci a conforté les précédentes conclusions et incité l'établissement à se structurer et à mettre en place des organisations plus professionnelles et automatisées.

Des comités de pilotages ont ainsi été mis en place ainsi que des journées de travail à thème permettant de libérer certains professionnels de leur missions quotidiennes afin de mener des réflexions sur l'organisation et ainsi revoir les organisations en tenant compte des conclusions des audits et des actualités concernant l'hospitalisation à domicile (décrets liés au COVID, réformes de 2022).

En 2021, une nouvelle ordonnance permet à l'activité d'hospitalisation à domicile de devenir une activité de soins à part entière à compter du 1er juin 2023.

En 2022, le pouvoir exécutif valide de nouveaux décrets réglementant l'Hospitalisation à Domicile. Aussi, à compter du 1er juin 2023, outre la mention « socle », 3 nouvelles mentions sont mises en place :

- Réadaptation
- Enfants de moins de 3 ans
- Anté et post partum

Ainsi, l'HAD de Coubert, qui avait un statut expérimental, peut désormais prétendre à obtenir une autorisation définitive dans le domaine de l'HAD de Réadaptation. De nouvelles orientations pourraient également être étudiées car les nouveaux décrets permettent également aux différentes HAD de demander l'autorisation d'exercer les différentes mentions. Tout ceci se fait bien sûr, sous réserve de respecter les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement définies dans les décrets des 31 décembre 2021 et 31 janvier 2022 . Ce sont ces conditions qu'il nous a fallu étudier afin de préparer notre HAD à l'avenir, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Selon ces nouveaux décrets, l'activité d'HAD est désormais reconnue comme une activité de soins à part entière. Ces nouvelles dispositions prendront effet au 1er juin 2023 selon les modalités suivantes.

La dernière réforme, datant de juillet 2019 , Ma Santé 2022, propose de nouvelles organisations avec un objectif central : décroisonner les acteurs et les politiques publiques.

Ces nouvelles politiques de santé s'inscrivent dans la continuité et nous engageant un peu plus à développer l'HAD qui représente par essence le décroisonnement ville/hôpital et encourage la coopération entre les institutions et les professionnels libéraux.

En effet, le médecin traitant reste, réglementairement, le médecin référent du patient durant toute son hospitalisation et réalise le suivi et les prescriptions alors que le médecin de l'HAD est là pour coordonner la prise en charge. Celui-ci ne prend en charge médicalement le patient qu'en l'absence de son médecin habituel ou lorsque celui-ci n'est pas joignable. Le médecin praticien de l'HAD peut également intervenir dans son domaine de compétences afin d'accompagner le patient vers une solution adaptée (problèmes en lien avec la rééducation notamment).

De la même manière, pour permettre une meilleure continuité des soins, nous intégrons, autant que possible, les professionnels libéraux intervenant auprès de patients dont les pathologies chroniques les amènent à avoir besoin d'un suivi permanent. Ainsi, la continuité des soins à notre départ est assurée et le patient a la possibilité de maintenir sa prise en charge habituelle avec des professionnels le connaissant.



La mise en place de ce type de convention avec des professionnels libéraux améliore la qualité de la prise en charge et nous permet de mieux appréhender le patient car nous couplons le regard « neuf » de nos professionnels à celui, aguerri, des libéraux qui vont connaître les us et coutumes du patient et parfois pouvoir alerter de changements difficilement perceptibles pour des professionnels connaissant moins le patient.

L'objectif d'insertion sociale est poursuivi tant par le développement des prises en charge de proximité que par une attention accrue accordée au milieu ordinaire.

Une équipe pluridisciplinaire au service de la prise en charge

A partir des objectifs fixés par le médecin praticien de l'HAD, les différents professionnels du service s'organisent, en lien direct avec les coordinatrices ainsi que le patient et son entourage afin de proposer une prise en charge correspondant aux Projet de Soins Personnalisés ainsi qu'au rythme de vie du patient voire de son entourage.

Au-delà des soins déjà cités, les patients peuvent bénéficier de soins de rééducation ainsi que d'une prise en charge psychologique et/ou sociale.

Pour ce faire, l'équipe est composée d'aides-soignants, d'assistants de service social, d'ergothérapeutes, d'intervenants en Activité Physique Adaptée, de 10 ETP masseurs-kinésithérapeutes, de neuropsychologues, d'orthophonistes et de psychomotriciens.

Toutes les enquêtes le montrent, ce que demandent soignés et soignants, c'est un respect mutuel, une attention à l'humain, du temps partagé favorisant échanges et explications, bref ce qui fonde la rencontre clinique, aujourd'hui obérée par l'environnement technique écrasant de l'hôpital, les contraintes de gestion d'un cabinet ou les procédures imposées par une hydre technocratique que rien ne semble rassasier. Le diagnostic est donc partagé et les acteurs convergent vers la même aspiration : des soins bien sûr performants, évidemment étayés sur des connaissances, mais des soins pour des personnes, dans leur singularité inaliénable.

La prise en compte du patient et de son entourage dans leur environnement est primordiale. Aussi, quel que soit l'objectif fixé, il sera travaillé, autant que possible dans le milieu écologique du patient. Par ailleurs, lorsque l'autonomie du patient le permet, les professionnels concourant à sa prise en charge pourront être amenés à développer des actions en dehors du domicile du patient afin de lui permettre de retrouver une indépendance la plus complète possible.

Céline RAMSPACHER

Cadre Supérieure de Rééducation, Responsable de l'HAD-R

... à suivre dans le prochain numéro de KINESCOPE

Qu'est-ce que l'HAD-R ?

L'HAD-R de Rééducation est un mode d'organisation permettant au patient, de bénéficier dans son lieu de vie, de soins et de prestations de rééducation et de rééducation réalisées par une équipe pluridisciplinaire composée de :

- Un médecin praticien de l'HAD-R de Soins et de Rééducation
- Une infirmière diplômée d'état
- Des aides-soignants
- Des kinésithérapeutes salariés
- Des psychologues
- Des orthophonistes
- Des ergothérapeutes
- Des assistants sociaux
- Des intervenants en Activité Physique Adaptée

Comment s'organise la prise en charge en HAD-R ?

Le patient est accueilli par une équipe pluridisciplinaire composée de :

- Un médecin praticien de l'HAD-R de Soins et de Rééducation
- Une infirmière diplômée d'état
- Des aides-soignants
- Des kinésithérapeutes salariés
- Des psychologues
- Des orthophonistes
- Des ergothérapeutes
- Des assistants sociaux
- Des intervenants en Activité Physique Adaptée

Quelles pathologies sont prises en charge en HAD-R ?

- Les atteintes d'origine neurologique (AVC, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, etc.)
- Les atteintes d'origine traumatologique (traumatisme crânien, fracture de la colonne vertébrale, etc.)
- Les atteintes de nature gériatrique (chutes, troubles de la marche, etc.)
- Les atteintes de nature psychiatrique (troubles de l'humeur, etc.)
- Les atteintes de nature orthopédique (arthrose, etc.)
- Les atteintes de nature rhumatologique (polyarthrite rhumatoïde, etc.)
- Les atteintes de nature infectieuse (infections, etc.)
- Les atteintes de nature endocrinienne (diabète, etc.)
- Les atteintes de nature cardiovasculaire (hypertension artérielle, etc.)
- Les atteintes de nature hépatique (cirrhose, etc.)
- Les atteintes de nature rénale (insuffisance rénale, etc.)
- Les atteintes de nature hématologique (anémie, etc.)
- Les atteintes de nature oncologique (cancer, etc.)
- Les atteintes de nature génétique (maladies héréditaires, etc.)
- Les atteintes de nature auto-immune (maladies auto-immunes, etc.)
- Les atteintes de nature métabolique (obésité, etc.)
- Les atteintes de nature nutritionnelle (malnutrition, etc.)
- Les atteintes de nature allergique (allergies, etc.)
- Les atteintes de nature immunitaire (déficits immunitaires, etc.)
- Les atteintes de nature vasculaire (maladies vasculaires, etc.)
- Les atteintes de nature hémodynamique (hypertension artérielle, etc.)
- Les atteintes de nature hémodynamique (hypertension artérielle, etc.)
- Les atteintes de nature hémodynamique (hypertension artérielle, etc.)
- Les atteintes de nature hémodynamique (hypertension artérielle, etc.)

A NOTER
Céline RAMSPACHER
nous en parlera aux JNKS Rouen 2023

Lu pour nous L'ESSENTIEL



Jean Paul Segade, actuel Président du CRAPS
Past Directeur d'Hôpital, Past Conseiller Général IGAS,
nous indiquait dans KINESCOPE n°24 le prochain ouvrage, auquel le
CNKS participera (*), portera sur la **performance**
.... L'ouvrage est publié

Synopsis

Avec la crise sanitaire, la notion de performance du système de santé a été remise au cœur du débat. Au près des décideurs, des collectivités, des professionnels de santé, mais aussi des citoyens. Cette pandémie a, s'il en était encore besoin, mis en lumière la solidarité, l'agilité et la réactivité qui caractérisent notre système de santé. Elle nous a montré que le système français par son universalité, son reste à charge, sa couverture territoriale et son degré technologique, offrait à la population une prise en charge de grande qualité. Cette crise nous invite toutefois à repenser et élargir les enjeux de performance afin d'en offrir une approche plus globale, dans laquelle la performance économique n'est qu'un point d'entrée parmi l'ensemble des leviers de performance, voire la conséquence d'une performance globale. Alors, plutôt que de considérer que notre système ne serait pas performant, que tout serait à changer, le CRAPS et l'ANAP proposent à une quarantaine d'acteurs de partager leurs idées innovantes pour améliorer notre système et in fine le rendre encore plus universel, efficace et humain



Merci au Think tank CRAPS & à l'ANAP pour cet ouvrage collectif auquel il a été agréable de contribuer ! indique PH Haller, président du CNKS.

« La performance ne peut se penser que par et avec les bénéficiaires et les acteurs de santé. Les co-constructions des normes, des indicateurs et des ratios ne peuvent s'inscrire que dans des dialogues éthiques où la culture de soin et de la qualité se conjuguent, où la valeur qui fait sens est portée par une triade d'encadrement médical, administratif et soignant, au service des institutions et des bénéficiaires mais aussi au retour sur investissement que constitue la satisfaction au travail des acteurs. La co-construction des outils de compréhension des activités de soins porte en elle les germes d'un ajustement des organisations et des compétences, et d'une performance adaptative des acteurs de soins. »

Retrouvez sa #contribution36 #page263

<https://www.thinktankcraps.fr/wp-content/uploads/2023/03/La-Performance-en-sante-140323.pdf>

« FAIRE
EQUIPE »

CONTRIBUTION #36

PERFORMANCE(S) & RÉADAPTATION, CONJUGUER LES COMPÉTENCES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES AU SERVICE D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE RÉADAPTATION

PAR
PIERRE-HENRI HALLER
CHÔME SUPÉRIEUR DE SANTÉ, KINÉSITHÉRAPEUTE
PÔLE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES DE MARSEILLE AP-HM
PRÉSIDENT DU COLLÈGE NATIONAL DE LA KINÉSITHÉRAPE SALARIÉE CNKS

Les nouveaux chemins de la performance en santé

Il n'est plus rare de lire sur Internet des commentaires et des notations sur les professionnels de santé et les établissements de santé. Il est courant d'observer dans les médias et sur Internet les rapports des démarches qualité audités par les agences d'État ou par les établissements eux-mêmes. Ces « évaluations », plus ou moins modérées, rendent compte de « vécus » et d'« expériences » de soins, dans toutes leurs acceptations, l'accueil, l'attente, la décision, l'information, la pratique professionnelle, le suivi...

Ces types « d'évaluations » constituent-ils des comptes rendus fidèles de la performance des acteurs et des institutions ? La carte n'est pas le territoire. La réalité est-elle vérité et vice versa ? Comment alors mesurer, qualifier et/ou quantifier la performance des acteurs et des systèmes de soins ?

Enjeux : idée de mesure et idéal de performance ?

La performance est le fruit – c'est-à-dire le résultat constaté – de compétences individuelles et collectives dans un environnement facilitant, mises en œuvre par incrémentation de sa taxonomie. Une taxonomie qui déroule un continuum depuis le potentiel (repéré, subodoré), l'aptitude (essayée tutorée, accompagnée), la capacité (testée, sanctionnée ou récompensée),

265

en santé

Contribution #36

compétence, performance, effort, à force au stress de tant seule la ce. N'en est-il une longue et éalise un soin compagne les quelette, d'un rche d'analyse d'un directeur vestissement ? en elle-même antitative ou lance.

Liée à un état – celui d'être qualifié de performant – elle « récompense, satisfait » et oblige à le rester. Liée à un résultat déclaré, c'est-à-dire à un instant T, elle devient fragile, éphémère, même si elle entre dans l'histoire. Elle devient référence et matière à rétribution... et objet à battre, à dépasser.

La déficience ? Une science du défi !

Dans le champ du handicap – où les affections altèrent de façon visible ou non la qualité de vie et l'inclusion sociale –, il paraît difficile de s'affranchir de l'expérience singulière du patient, qui sera accompagnée de la phase aiguë, subaiguë puis tout au long de la vie par un parcours de réadaptation, à la fois sanitaire et social.

La réadaptation est l'ensemble des interventions nécessaires lorsqu'une personne est limitée, ou risque d'être limitée, dans son fonctionnement quotidien à cause de son âge ou d'une pathologie, notamment une maladie ou un trouble chronique, une lésion ou un traumatisme (OMS 2011). Ce modèle systémique de la santé – classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) – permet des articulations entre les dimensions biomédicales et biopsychosociales et culturelles de la situation de handicap. Ainsi, peuvent être pensées et agies des articulations étroites entre la demande de soins, les

d questionner luit ; c'est aussi questionner l'adjectif qualificatif – performant – qui la stabilise et bien sûr questionner aussi le substantif qui magnifie le résultat.

La performance liée à une démarche collaborative, c'est à

Les nouveaux chemins de la performance en santé

Contribution #36

besoins des bénéficiaires, les finalités de l'offre de soins. Les projections démographiques nous invitent à une anticipation politique et sociale des besoins de santé et d'accompagnement, au sein d'une stratégie nationale de réadaptation.

Questionner la performance d'une stratégie nationale de réadaptation interroge donc la qualité de la réponse, face aux situations écologiques singulières de handicap, des nombreux acteurs de la réadaptation, dans les champs sanitaires comme médico-social, aussi bien dans leurs compétences individuelles que dans leurs co-activités et co-interventions, coordonnées, graduées et séquençées : le bon patient au bon endroit avec les bons professionnels. La méthode du patient traqueur constitue une des approches de cette expérience – explicable et exportable – exprimable – de santé vécue et des pratiques interprofessionnelles collaboratives qui la sous-tendent.

Ainsi, viser la performance a un coût visible et invisible en termes de ressources humaines, d'investissements matériels et de pilotage médico-soignant... Viser l'excellence par la performance nécessite d'en apprécier ces incontournables leviers et déterminants. Peut-on performer l'adéquation, si l'offre et la demande ne sont pas équilibrées ? Peut-on performer, si les moyens ne sont pas au rendez-vous des besoins ? Peut-on « bien

268

traiter » lorsque les ratios de patients par soignant(s) sont sous-évalués voire inexistantes, comme c'est le cas en réadaptation ?

Se pose, dès lors, l'éternelle question : pour performer, être performant, et acteur de performance, aux yeux et face aux attentes des bénéficiaires et des tutelles, faut-il (ou vaut-il) mieux creuser profond ou ratisser large ? La performance ne pose-t-elle pas la question de la norme, des normes et du référentiel de ces normes ? Est-ce que la performance peut se décréter ? Comment ne pas saluer le projet-visé de toute démarche qualité ? Mais il convient de trouver la juste mesure entre organiser, formaliser pour normaliser, afin de convaincre plutôt

Les nouveaux chemins de la performance en santé

Contribution #36

écarts peuvent s'observer face à la norme attendue. Ces inévidents constituent des performances.

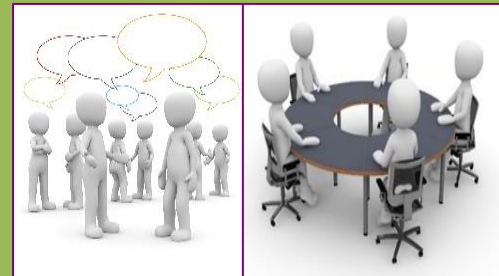
Dès lors, la performance ne peut se penser que par et avec le bénéficiaire et les acteurs de santé. Les co-constructions des normes, des indicateurs et des ratios ne peuvent s'inscrire que dans des dialogues éthiques où la culture de soin et de la qualité se conjuguent, où la valeur qui fait sens est portée par une triade d'encadrement médical, administratif et soignant, au service des institutions et des bénéficiaires mais aussi au retour sur investissement que constitue la satisfaction au travail des acteurs. La co-construction des outils de compréhension des activités de soins porte en elle les germes d'un ajustement des organisations et des compétences, et d'une performance adaptative des acteurs de soins.

Références :

- Devailly J.-P., Josse L. « Les programmes de soins en médecine de réadaptation ». *Gestions hospitalières*, 611, Fév. 2021.
- Haller P.-H., « L'attractivité et la fidélisation des métiers à l'hôpital exemple : le kinésithérapeute ». In *Hôpital : les idées des acteurs*. CRAPS, 2020.

270

271



cnks

XXVI^e JNKS

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

Jeudi 5 & Vendredi 6 octobre 2023

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE & PRATIQUES PROFESSIONNELLES [2021 - 2022 - 2023]

PRATIQUE (S) CLINIQUE (S) en (R)EVOLUTION ?

Exercice salarié & ... Accès Direct ? Pratique Avancée ? Recherche ?
Téléconsultation ? Ratios ? Urgences Hospitalières ? HAD Rééducation ?
Certification professionnelle ? Intelligence Artificielle ?

PARLONS en ENSEMBLE au



JNKS Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS
administrée par KOP n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 -
DATADOCK 0035038 & QUALIOP1 2022

JNKS 2023 conçues et dispensées par administrées par en partenariat et avec le soutien de :



Pré-Programme
au
20 02 2023

PARLONS en ENSEMBLE aux JNKS ROUEN 2023

JNKS / Séminaire National

Jeudi 5 & Vendredi 6 octobre

Jeudi 05 OCTOBRE

09 h 00

Pratiques Professionnelles ... & Politiques Publiques

12 h 00

Pratiques Professionnelles : retours d'expériences & recherche(s)

13 h 30

Pratiques Interprofessionnelles : collaboration / coopération - coordination

17 h 30

Pratiques Professionnelles ... Formation Continue & Certification

Vendredi 06 OCTOBRE

09 h 00

Pratiques Professionnelles : retours d'expériences & recherche(s)

12 h 00

Pratiques Professionnelles : projet & processus

13 h 30

16 h 30

*Perspectives cliniques :
à l'aune de politiques publiques et des politiques professionnelles*

Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com

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

JNKS 2023 conçues et dispensées par

administrées par

en partenariat et avec le soutien de :



BULLETIN D'INSCRIPTION JNKS 05 & 06 octobre 2023

à retourner par mail : formations.kines@kineouestprevention.com
 ou par courrier à : KINE OUEST PREVENTION (KOP) 1, allée du Puits Julien - BP 112 - 22590 PORDIC
 Kiné Ouest Prévention – organisme certifié QUALIOPI – actions de formation
 jusqu'au **08 septembre 2023** : tarif normal ... à partir du **09 septembre 2023** : tarif majoré

remplir en MAJUSCULES svp

NOM

Prénom

Date DE : Date CDS :

Autre Diplôme : Date

RPPS :

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

ET téléphone portable :

Adresse domicile :

Code postal Ville

remplir en MAJUSCULES svp

FONCTION exercée : Kinésithérapeute

Cadre (service) Cadre sup (service)

Cadre (enseignant) Cadre sup (enseignant)

Directeur Soins Directeur IFMK

Etablissement

Service ou pôle :

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

email

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

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

A le/...../.....

Signature du stagiaire

à compléter par le responsable en majuscules svp

NOM.....

Prénom.....

Fonction.....

Adresse

Tél.....Fax.....

email

Fait àle...../...../.....

BON POUR ACCORD

Cachet de l'établissement

et signature du responsable de la formation

TARIFS cocher les cases correspondantes (jours et tarifs)

Jusqu'au 08 septembre : tarif normal	adhérent *	non adhérent
Jeudi 05 octobre	180 € <input type="radio"/>	230 € <input type="radio"/>
Vend.06 octobre	180 € <input type="radio"/>	230 € <input type="radio"/>
ou les 2 jours	320 € <input type="radio"/>	420 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

A partir du 12 septembre : tarif majoré	adhérent *	non adhérent
Jeudi 22 septembre	230 € <input type="radio"/>	280 € <input type="radio"/>
Vend.23 septembre	230 € <input type="radio"/>	280 € <input type="radio"/>
ou les 2 jours	400 € <input type="radio"/>	500 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

* à jour de la cotisation 2023 au CNKS

[cf. --> www.cnks.org]

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

KOP Association loi 1901 (déclarée en Préfecture des Côtes d'Armor)
 n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 -
 DATADOCK 0035038 QUALIOPI 2022
 [Code APE 8559A - organisme de formation non assujéti à la TVA]

JNKS 2023 conçues et dispensées par

administrées par

en partenariat et avec le soutien de :

