

# Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

et aux hospitaliers ukrainiens

n° 26

juin 2023



## Kaléidoscope de pratiques cliniques en révolution



JNKS 2023

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



[www.cnks.org](http://www.cnks.org)

[contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com)

## SOMMAIRE

<b>PERISCOPE</b> L'EDITO : THEORIES, MODELES & (META) PARADIGMES PH Haller	p.03 & 04
<b>TELESCOPE</b>	<b>p.06</b>
KALEIDOSCOPE La rédaction	p.07
L'EMPATHIE Ph. Stévenin	p.08 & 09
<b>RETROSCOPE : RETOURS &amp; PARTAGES D'EXPERIENCES</b>	<b>p.10</b>
• <b>KS &amp; RECHERCHE PARAMEDICALE</b> F.Mourey, G. Fossat, Th. Rulleau, M. Beaumont & PH Haller	p.11 à 25
• <b>KS &amp; INTERPRO, AU CŒUR D'UN ETABLISSEMENT</b> : G. Gourdon	p.26 à 30
• <b>PORTRAITS, PARCOURS &amp; PAROLES</b> : C. Rampsacher	p.31 à 34
• <b>PORTRAITS, PARCOURS &amp; PAROLES</b> : C. Langlumé	p.35 à 37
• <b>PORTRAITS, PARCOURS &amp; PAROLES</b> : A. Sarazin	p.39
<b>PRATICOSCOPE</b>	<b>p.41</b>
• <b>KS &amp; FORMATION CONTINUE</b> : C. Lemoteux	p.42 à 44
• <b>KS &amp; APPROCHE DIAGNOSTIQUE</b> : G. Thierry	p.45 à 48
• <b>KS &amp; APPROCHE DIAGNOSTIQUE</b> : J. Barbier	p.49 à 52
• <b>KS &amp; ROBOTIQUE, NUMERIQUE</b> : P. May Carle	p.53 à 61
• <b>KS &amp; READAPTATION</b> : A. Gibelin	p.62 à 64
• <b>KS &amp; READAPTATION</b> : JP. Devailly	p.65 à 67
<b>ASSOSCOPE</b> La vie et l'agenda du CNKS Représentation et participation à des manifestations Partenaires, Annonce et Programme JNKS	<b>p.68</b> <b>p.69</b> <b>p.5, 38 &amp; 71 à 74</b>
<b>KALEIDOSCOPE</b>	<b>p.75</b>
• <b>« ACCES DIRECT »</b> La rédaction	p.76 à 81.
• <b>PRESCRIPTION PAR LES ERGOTHERAPEUTES</b> La rédaction	p.82
• <b>NUMERIQUE EN SANTE &amp; ETUDES</b> La rédaction	p.83 à 88
<b>ANNONCES D'EMPLOIS</b>	<b>p.40, p.89 &amp; p.90</b>

### Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

### Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

### Comité de rédaction :

Barbara Bonecka, Christophe Dinet,  
Andrée Gibelin, Véronique Grattard,  
Julien Grouès, Valérie Martel

### Photos et images

libres de droit ou DR

« L'histoire a beau prétendre nous raconter toujours du nouveau, elle est comme le kaléidoscope : chaque tour nous présente une configuration nouvelle, et cependant ce sont, à dire vrai, les mêmes éléments qui passent toujours sous nos yeux ».

## PERISCOPE Edito du Président

### THEORIES, MODELES & (META) PARADIGMES

**“Le vrai” consiste simplement dans ce qui est avantageux pour notre pensée,  
de même que**

**“le juste” consiste simplement dans ce qui est avantageux pour notre conduite.**

**William James, 1907**

L'épistémologie est l' «étude de la science ou plutôt des sciences» (Barreau, 2021). La tradition philosophique a vu l'usage de ce mot au début du XXe siècle, qui s'est substituée à l'expression «philosophie des sciences» de Comte. L'approche moderne de l'épistémologie se rapproche du concept d'«epistemology» des anglo-saxons, en développant une théorie philosophique de la connaissance distincte de la philosophie des sciences en tant que telle.

La physique illustre l'une des approches épistémologiques qui constitue la méthode scientifique : observer des faits, formuler des hypothèses, expérimenter, construire des lois, des preuves puis des modèles.

Par la méthode le chercheur tente de - ou s'astreint à - « donner du sens à un problème », de construire une réponse à une question, de mettre en perspective, de suspendre ses opinions et de se distancier de ses « allant-de-soi ».

Quant à la validité de la démarche scientifique, Latour rappelle que les modernes n'ont eu de cesse de créer des objets de recherche hybrides, dissociant nature et culture, humains et non humains, mais ne sont pas exempt de stratégie d'influences et de conflits d'intérêt (Latour, 2010). Ce qui relativise l'idéal des normes de la science dont les connaissances visent l'universalisme en termes de rigueur, la disponibilité communalisme, le désintéressement et le scepticisme organisé (Jovic, 2008).

La recherche s'intéresse à

- des notions - idées ou regroupement d'idées fluctuantes et en cours de définition ;
- des principes - propriétés générales, qui se déclinent en principes théoriques nécessaire du raisonnement déductif et principes d'action transférable aux pratiques ;
- des concepts - idées abstraites et générale, construite à priori ou à postériori, fruit de l'expérience, déclinant d'une théorie générale ;
- des théories - ensemble de propositions unifiant logiquement des concepts explicitant et interprétant des phénomènes ;
- des modèles - base d'imitation et d'explicitation d'un prototype et représentation simplifiée d'un processus. (J.Bergeau & Y. Cottret, in Kinéscope 2008)

En interrogeant ce qu'est le caractère scientifique de la kinésithérapie, on interroge les fondements épistémologiques. Plusieurs théories et modèles fondent et soutiennent la kinésithérapie.

Sommes-nous les héritiers

- d'une réflexion positiviste qui cherche à construire des preuves des pratiques ?
- d'une dimension éducative formative, socioconstructiviste de la rééducation ?
- de l'intersubjectivité et de l'herméneutique du toucher et de la relation ?

Derrière ce trépied ontologique, se cachent probablement plusieurs modèles théoriques, qui permettent de soutenir nos actions. S'il paraît déterminant de valider les pratiques par des preuves, il est nécessaire d'avoir une réflexion sur des approches standardisées du soin. Une pratique probante met de nombreuses années à être enseignée ... et une génération pour supplanter d'anciennes pratiques.

Telles les images infinies d'un Kaléidoscope, liées à la palette des couleurs intégrées et aux variations des points de vue au gré des instants, le vrai, le juste, la réalité et la vérité se lient, se délient, se rallient ...

Et ces nouvelles pratiques ne peuvent désormais plus se penser sans l'expérience patient. Patient-bénéficiaire, partenaire, après avoir été infirme, malade, usager... aujourd'hui, partie prenante, partenaire, s'inscrivant dans une dimension relationnelle intersubjective, de près ou de loin, et la dimension éducative de la rééducation.

Il est déterminant de pouvoir documenter ces trois paradigmes et de les inscrire dans un quatrième, une philosophie pragmatique.

La doctrine pragmatique de Dewey, Peirce et James ancre le critère de vérité d'une idée, ou d'un modèle ou d'une théorie, dans sa possibilité d'action sur le réel (Cometti, 2010). Le pragmatisme conjugue par dialogie une approche déductive et une approche inductive pour appréhender un même phénomène qui autorise la diversité des vérités, et nous oriente vers des actions concrètes servant les patients et les professionnels.

Pierre-Henri Haller



.... ce qui est vrai pour l'un,  
ou ce qui est vrai pour l'autre,  
constitue-t-il à lui seul la réalité ?  
ou révèlent-ils ensemble la vérité ?

[cf. KINESCOPE n°17]

KINESCOPE & le Bureau National du CNKS

- vous souhaitent un bel été, des congés et vacances reposants
- vous donnent rendez-vous pour le **KINESCOPE n°27**, début septembre
- vous espèrent aux **JNKS - Séminaire Annuel - ROUEN 2023**, début octobre

## JNKS ROUEN 2023

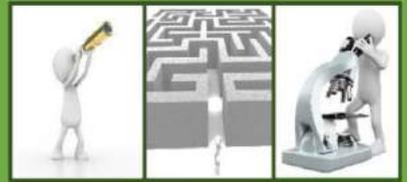
Programme

& bulletin d'inscription p.69 à 72

### Remerciements à nos partenaires:

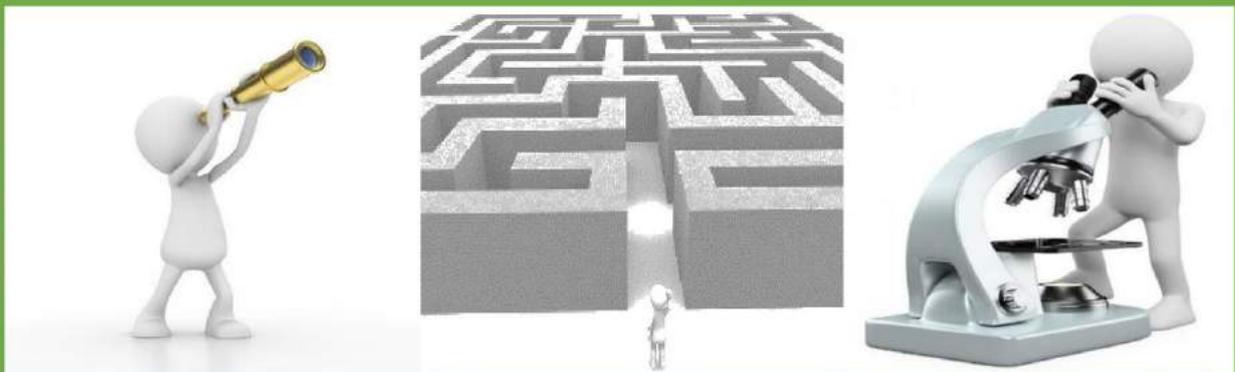


# TELESCOPE Maux des mots



*La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce d'alerter, avec un souci didactique, sur l'utilisation aléatoire, elliptique, de mots, d'expressions, de concepts, et autres vérités fausses, colportés à tort, deviennent légendes, contre-sens, non-sens, faux-sens.*

Les discours et écrits, des politiques, de la presse, des professionnels ... foisonnent de mots et de locutions dont l'emploi est pour le moins interrogeant. Le CNKS, via KINESCOPE, fidèle à son plaidoyer pour un juste langage s'attache à présenter à quoi ou à qui ces termes se rapportent. Quelles origines lexicologiques, sémantiques ? Quelles références juridiques, légales, réglementaires ? Quelles représentations leurs emplois en confusion l'un pour l'autre induisent-ils ? Sans prétendre traiter systématiquement et exhaustivement de toutes ces dimensions la rubrique « TELESCOPE, les maux des mots » se propose de générer et inciter la réflexion de tout un chacun sur le(s) sens des mots et de leurs contextualisations par le regard posé et exprimé de plusieurs auteurs issus de la profession, d'une autre profession de santé ou des diverses sciences dont les sciences humaines et sociales



Microscope, télescope, périscope, ... autant d'outils ou instruments qui « donnent à voir » une image, y compris animée, d'un instant ou de plusieurs successifs d'une réalité, ou du moins d'une vérité : liée à l'angle de vue et à l'observateur.



Avec le **kaléïdoscope**, inventé en 1816 lors d'expériences sur la polarisation de la lumière, l'observateur est confronté - du fait « d'un nombre fini d'éléments dans un espace fini, clos, et d'un nombre indéfini de combinaisons possibles » - « à une illustration concrète, symbolique, de la façon dont on peut créer quelque chose de nouveau par un simple réagencement de ce qui existait déjà auparavant ».

Le Kaleïdoscope donne ainsi une figure réconciliant les termes apparemment opposés de la permanence et du changement, de l'identité et de la différence.

Cette image permet également d'illustrer un propos soutenant que ce ne sont pas les éléments qui font le tout, mais la forme que prend leur combinaison :

**le tout n'est pas réductible à la somme de ses parties. À partir d'un nombre fini d'éléments, on peut créer un grand nombre de figures différentes.**

Les (r)évolutions de nos pratiques cliniques, du fait de la robotique, du numérique, de l'intelligence artificielle, mais aussi de nos savoirs, du fait de la recherche et des sciences qui en découlent, ne sont-elles pas un peu, voire beaucoup, comme les images kaléïdoscopiques...cad polymorphes, protéiformes, évolutives ... ?

Pour aller plus loin :

- *Stéphanie Phanistée, roman de Frédéric Tristan (Prix Goncourt 1983)*
- *Schopenhauer, Le monde comme volonté et comme représentation, chapitre XLI*
- *Proust Le Côté de Guermantes I, éd. Quarto, p. 891 (la métaphore du « kaléïdoscope social »)*
- *Claude Lévi-Strauss « La logique des classifications totémiques », Paris, Plon, 1962, Pocket Agora, p. 51-52*

## Quelle place donner à l'empathie pour la survie de notre société ?

Philippe Stévenin, CDS MK,  
Docteur en Sciences de l'Éducation

« Le monde manque moins de pétrole que  
d'empathie envers les autres. »<sup>1</sup>

Pourquoi parler de l'empathie aujourd'hui ?  
Quelle interaction existe-t-il entre l'empathie  
et le comportement de la société ?

Les innovations technologiques que nous vivons depuis l'ère industrielle, avec le développement du numérique puis de l'intelligence artificielle ont, dans la plupart des cas, amélioré les conditions de vie des humains, en diminuant la fatigue physique, en facilitant les communications, et en leur donnant l'impression d'une plus grande autonomie possible.

Le confort, l'abondance de biens ont renforcé l'illusion que l'individu pouvait se passer des autres.

La survie ne semblait plus être un sujet d'actualité, face à une nature que l'on croyait être maîtrisée mais qui devient une préoccupation majeure. Notre culture en valorisant la compétition a éloigné la confiance.

La compétition, traduite par l'expression de Plaute (200 ans Av. JC.) et reprise par le philosophe anglais Thomas Hobbes (1588-1679) : « l'homme est un loup pour l'homme » nous a conduit progressivement à nous isoler pour nous protéger d'un « état de guerre de chacun contre chacun »<sup>2</sup> tout homme cherchant à se sauvegarder.

Toutefois, Frans de Waal nous rappelle que les loups chassent en meutes, ce qui suppose qu'ils pratiquent aussi la coopération pour se nourrir ou se protéger). Cette peur, qui a poussé nombre de personnes à se refermer sur elles-mêmes, nous coupe des relations nécessaires à une « coopération ».

A défaut de projet de vie, un mal-être s'installe. Devant cette spirale dépressive, se pose la question du **sens** que l'on peut donner à sa vie.

Pour Mariette Strub-Delain « Beaucoup d'entre nous dénoncent une déshumanisation et aspirent à ré-humaniser les relations,..., nous aspirons tous à être compris, dans nos joies comme dans nos peines »<sup>3</sup>.

Parmi les éléments de réflexion, le sujet de l'humanisation constitue l'une des démarches possibles : **L'empathie** serait-elle l'un des leviers sur lequel cette **ré-humanisation** pourrait prendre appui ?

La fermeture, par la compétition et la violence, semble succéder à une hypothétique ouverture liée à la coopération et à l'entraide d'antan.

<sup>1</sup> Frans de Waal, L'âge de l'empathie, leçons de la nature pour une société solidaire, Ed. Les liens qui libèrent, 2010, p.297.

<sup>2</sup> Thomas Hobbes, Léviathan

<sup>3</sup> Mariette Strub-Delain, le petit livre de l'empathie, pp.5, 6.

Michel Onfray a écrit récemment à ce propos « La loi de la jungle, c'est le nom parfumé de la sauvagerie, c'est celui de notre postmodernité. »<sup>4</sup> Ainsi notre empathie naturelle est souvent neutralisée par la crainte de l'autre. Le progrès technologique est en train de se transformer en « Regrès » sur le plan humain pour ce même auteur, autrement dit c'est : le progrès de la régression.

Ces différents éléments sont à l'origine de multiples perturbations pour les individus se manifestant sous des formes différentes : inquiétude, agitation, maladies psychosomatiques diverses : fatigue chronique... beaucoup d'individus se réfugient dans un isolement pour se protéger. En fait la diminution des relations sociales, contribue elle-même à augmenter leur mal-être, et le stress rend également leur communication plus difficile, parfois à la limite de l'agressivité voire même de la violence.

La perte de repères se double d'une perte de sens à donner à sa vie. Survivre devient le seul objectif, mais la survie nécessite de coopérer et non de considérer les autres comme des adversaires. « le rapport à la réalité, à l'économie réelle, est aussi évanescent que celui des énoncés des réseaux à la vérité factuelle ... fonctionnent à la transgression dans une sorte de spirale », ce qui a pour corollaire qu'elles privilégient l'antipathie à l'empathie, le clivage à l'appartenance, la rupture à la continuité<sup>5</sup> ».

Pour donner un sens à ma vie il faut que je prenne en considération autrui, que je puisse communiquer avec lui en reconnaissant sa différence.

Toutefois il ne faut pas se bercer d'illusions, la compétition et la coopération ont toujours cohabité avec des dosages variables selon les périodes. Ces deux dynamiques s'entremêlent en permanence, mais dans des situations extrêmes, la coopération va prendre une place prépondérante pour permettre la survie.

A l'origine de la coopération et de l'entraide se trouve une faculté innée chez tous les humains et de nombreux animaux : l'empathie.

L'empathie nous permet de percevoir et de comprendre ce que ressent l'autre. Elle est inhérente aux espèces animales et à l'humain ; elle se manifeste dès la naissance, mais elle continue de se développer ou non, de façon variable, selon les conditions de l'environnement familial, social, naturel.

## A NOTER :

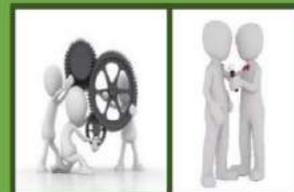
**Philippe Stévenin nous en parlera \* aux  
JNKS ROUEN des 5 et 6 octobre 2023**

(\*) Nous explorerons au cours de cet échange trois parties : tout d'abord le terme empathie, son historique, ses nuances, ses modalités et les concepts « cousins ». Puis nous aborderons les incidences sociales de sa présence ou de son absence. Enfin nous observerons les façons avec lesquelles cette faculté peut être développée

<sup>4</sup> Michel Onfray, Vêtus de peaux de bêtes Front populaire N° 12, 2023

<sup>5</sup> C. Salmon, L'ère du clash, Ed ; fayard, 2019 , p.342 cité par Johann Chapoutot, le grand récit, Ed. Puf, 2021, p.257

# RETOUS D'EXPERIENCES RETROSCOPE



*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*



## R et Ex



Qui dit « recherche » renvoie aux savoirs et aux sciences ». La recherche n'est pas nouvelle dans la profession, dans les professions de santé, même si elle a été longtemps « confisquée » ; des pionniers ont avec difficulté mais pugnacité ouvert la voie et depuis le début des années 2000 elle s'organise et se structure de plus en plus et de mieux en mieux. Les PHRIP, les sections CNU, l'universitarisation de la formation initiale ... autant de jalons témoins de cette progressive reconnaissance d'une capacité – et d'un besoin – de recherche(s) dans les professions paramédicales.

Et quand on dit « sciences » comment ne pas repenser aux travaux de Gérard Simon, philosophe et historien des sciences à Lille qui fonda dans les années 70 le Centre de recherche sur l'analyse et la théorie des savoirs, qui est devenue l'une des composantes de l'unité mixte de recherche « Savoirs, textes et langage » (cnrs, universités Lille-3 et Lille-1).

## KINESITHERAPIE SALARIEE & RECHERCHE

Ses travaux et études (sur l'optique antique ou médiévale, l'astrologie ou encore l'astronomie géocentrique), étayent la thèse selon laquelle « les systèmes de pensée et les sciences naissent dans des contextes à la fois culturels et historiques dont ils sont indissociables ».

Etudiant selon son expression « des sciences fossiles » Gérard Simon met en évidence les a priori historiques qui expliquent comment chaque époque a développé une manière propre de voir le monde et de l'expliquer. ....

Il combat ainsi une vision téléologique des vérités scientifiques en montrant combien les sciences ou les systèmes de pensée sont le produit des données sociologiques et culturelles d'une époque et à quel point les découvertes sont personnelles et souvent imprévisibles.

En savoir plus :

<https://doi.org/10.3917/rhs.601.0007>

Alors que le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ont dépêché une mission sur « statut des encadrants en poste dans les structures de formation et des enseignants-chercheurs dans le cadre de l'universitarisation des professions non médicales » auprès de laquelle le CNKS a plaidé la cause parallèle de « cliniciens chercheurs » KINESCOPE ouvre à nouveau ses colonnes au sujet de la Recherche Clinique et du souhait du CNKS de voir aussi reconnu et donc édifié à cet effet un statut spécifique - parallèlement aux Enseignants Chercheurs - pour des fonctions de Cliniciens Chercheurs.

Le CNKS estime aussi que

- la fonction de coordonnateur paramédical de la recherche qui a été instaurée au sein des CHU et qui émerge au sein de CH et autres établissements de santé doit se développer.
- ces fonctions de Clinicien Chercheur & de Coordonnateur Paramédical de la Recherche devraient pouvoir constituer un « corps statutaire » valorisant l'engagement de ceux des paramédicaux qui choisissent cette voie de travail de réflexivité au profit de la qualité de pratiques probantes.

En faisant témoigner de leur réalité quotidienne mais aussi de leurs attentes plusieurs coordonnateurs paramédicaux de la recherche MK dans ce kinescope n° 26, et d'autres coordonnateurs issu-e-s d'autres professions paramédicales dans Kinéscope n°27, le CNKS ambitionne de contribuer à la promotion et à l'essor de cette démarche de valorisation de la recherche paramédicale.

Et pour ouvrir ce dossier KINESCOPE est fier de vous partager la vision de France Mourey, CDS MK, première femme kinésithérapeute à être devenue Professeur des Universités et à avoir présidé la CNU 91 Sciences de la Rééducation et de la Réadaptation.

Guillaume Fossat (Orléans) , Thomas Rulleau (Nantes), Marc Beaumont (Brest) rapporteront leur expérience de ces fonctions de coordination à la suite.

## Recherche et sciences de la rééducation et de la réadaptation

**France MOUREY,  
professeure émérite,  
université de Bourgogne**

Quand les professionnels paramédicaux de la rééducation parlent de recherche de quoi parlent-ils ?

Peut-être déjà d'un champ disciplinaire qui peine à se définir ?

Cette recherche s'inscrit **officiellement dans le champ des sciences de la rééducation et de la réadaptation visent à améliorer les connaissances et les pratiques dans de très nombreux domaines et concernent en terme d'application les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens et les enseignants en Activités Physiques adaptées.**

**Si cette approche métier n'a pas grand sens à l'université, elle en a bien évidemment en recherche clinique en particulier dans la nature de questions posées.**

**Ce champ va de la recherche fondamentale à la recherche clinique, dans une optique translationnelle.**

Par ailleurs, la question de la recherche est difficile à séparer de l'universitarisation de la formation.

Du côté des kinésithérapeutes, ce processus en route depuis 2009 finit par montrer quelques points d'évolution comme la transformation de l'ingénierie de formation et l'acquisition du grade master.

Cependant, Le caractère inachevé déjà souligné dans le Rapport de l'IGAS de 2017 reste vrai encore aujourd'hui avec différents freins administratifs et financiers, comme le statut des personnels enseignants non universitaires ou la gouvernance et le financement de ces formations. Le niveau d'évolution diffère selon les filières métiers et il existe, par ailleurs, de grandes disparités territoriales amenant la nécessité d'un cadrage national qui semble effectivement s'amorcer.

En regard de ces blocages n'oublions ce qui est important en termes de recherche dans cette évolution de la formation. Il s'agit d'une démarche d'initiation à la recherche scientifique avec tout ce que cela comporte en terme de méthodologie, de recherche documentaire, de lecture de l'anglais, d'*evidence-based practice*, d'éthique, etc.. .

Sensibiliser des étudiants à la recherche ne veut pas dire former des chercheurs. Il s'agit avant tout de former les futurs professionnels à une manière de réfléchir et de développer un esprit critique permettant la lecture scientifique.

La grande majorité des étudiants formés seront des praticiens qui, je l'espère, auront envie et besoin de lire la littérature scientifique et peut-être envie de communiquer sur leurs pratiques.



D'autres, évidemment en petit nombre, souhaitent et souhaiteront acquérir un doctorat.

En fonction de leur sujet et en l'absence de véritable filière dédiée, ils se rapprochent de champs disciplinaires et de composantes de l'université diverses (santé, STAPS, sciences de l'éducation ...etc) et de laboratoires répondant plus ou moins à leurs attentes.

En fin de doctorat que font-ils ?

Après une période post-doctorale ou non, en France ou à l'étranger, ils suivent des parcours très variés.

Les uns souhaitent devenir des enseignants - chercheurs avec des postes mono-appartenants tel que cela est la règle en France. Pour cela ils suivent le parcours habituel de l'université via une demande de qualification dans la section 91 des sciences de la rééducation et de la réadaptation ou dans une autre section si leurs travaux n'ont pas d'ancrage dans ce champ disciplinaire. Secondairement, ils postulent sur des postes dont un nombre non négligeable a été ouvert ces deux dernières années.

D'autres continuent à exercer dans des centres hospitaliers négociant localement des statuts pour pouvoir conserver une activité de clinicien et poursuivre une activité de recherche. Cette orientation semble absolument nécessaire dans le contexte actuel afin de permettre une activité conjointe de recherche clinique et de pratique du soin.

Si de telles modalités d'exercice émergent dans les CHU elles doivent être également possible dans les centres hospitaliers non universitaires.

Ainsi la recherche en sciences de la rééducation et de la réadaptation existe bel et bien mais prenons garde qu'elle ne crée pas des clivages supplémentaires entre champs disciplinaires et entre professionnels mais à l'inverse devienne un vrai levier de collaboration et de partage.

C'est dans une acculturation interdisciplinaire et interprofessionnelle que peuvent naître les véritables progrès dans la capacité réflexive des acteurs, dans l'amélioration des connaissances et des pratiques de soin.

**A NOTER :**

**France Mourey nous en parlera aux  
JNKS ROUEN des 5 et 6 octobre 2023**

## RetEx



### Portraits, Parcours & Paroles

**Guillaume FOSSAT**

kinésithérapeute clinicien chercheur KCC  
et référent de la recherche paramédicale  
au sein du futur CHU d'Orléans.

Je suis KCC, un kinésithérapeute clinicien du service de Médecine Intensive et de Réanimation du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (qui deviendra le CHU).

Je consacre actuellement 50% de mon temps à la recherche clinique, 30% aux soins des patients, et 30% à l'enseignement universitaire à l'École Universitaire de Kinésithérapie Centre Val De Loire. En outre, je fais partie de la commission Recherche et Enseignement du CHR et j'ai été nommé référent « Recherche Paramédicale » depuis 2016.

J'ai obtenu mon diplôme en 2009 à la Haute Ecole Louvain en Hainaut, en Belgique. Par la suite, j'ai travaillé en tant que kinésithérapeute dans le service de pneumologie/oncologie thoracique du CHR Orléans jusqu'en décembre 2011.

article à retrouver \*  
dans le dossier  
**L'ESSENTIEL RECHERCHE**  
sur [www.cnks.org](http://www.cnks.org)  
(\* octobre 2023)

En janvier 2012, j'ai rejoint le service de Médecine Intensive et de Réanimation du CHR Orléans. Nous avons élaboré, en collaboration avec notre chef de service, le Dr Thierry Boulain, un protocole de recherche clinique visant à évaluer l'efficacité de la cycloergométrie associée à l'électrostimulation des quadriceps en plus de notre protocole de mobilisation classique, sur la différence de force musculaire à la sortie de réanimation.

Nous avons mené cette étude pendant 2 ans et demi et avons publié les résultats dans le Journal of the American Medical Association (JAMA), l'une des plus grandes revues médicales internationales. Cette expérience a été le point de départ de mes activités de recherche clinique, qui n'ont cessé de se développer depuis. J'ai mené huit projets de recherche clinique, dont quatre en tant qu'investigateur principal.

En tant que référent de la recherche paramédicale pour le CHR, je représente l'institution au sein du Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI) du Grand Ouest, plus précisément auprès du "Réseau Recherches et Innovations Paramédicales".

Mon rôle consiste également à aider mes collègues paramédicaux à monter des projets et à rédiger des protocoles de recherche. Je fais partie du comité scientifique du CHR Orléans, ce qui me permet d'évaluer la faisabilité et la pertinence scientifique de projets de recherche dont l'institution est promoteur. Ces projets peuvent être médicaux ou paramédicaux.

Mon rôle en tant que référent est également de sensibiliser les soignants du CHR Orléans à la faisabilité de la recherche clinique menée par des paramédicaux, pour démontrer que les interventions cliniques peuvent avoir un impact positif voire négatif sur nos patients.

Les enjeux sont identiques à ceux des recherches médicales. En ces temps de changements profonds pour notre profession, il est essentiel de développer la recherche clinique menée par des kinésithérapeutes cliniciens chercheurs - diplômés universitaires ou non - pour ne pas perdre de vue notre mission première : le soin aux patients.

Actuellement, notre profession est en pleine mutation. Pour ne pas se détourner de notre mission première, qui demeure le soin aux patients, il est impératif de poursuivre et de développer la recherche clinique menée par des Kinésithérapeutes Cliniciens Chercheurs, diplômés universitaires ou non, auprès des patients.

En effet, la production de preuves concrètes en kinésithérapie doit se faire de manière conjointe avec les institutions universitaires, afin d'atteindre l'objectif ultime : une pratique fondée sur des preuves solides, l'evidence-based practice. Cela requiert une présence active et engagée de Kinésithérapeutes Cliniciens Chercheurs enracinés dans la pratique quotidienne.

Il est crucial de souligner que la recherche clinique menée par les kinésithérapeutes cliniciens chercheurs ne peut être dissociée de la pratique de soin. Au contraire, elle doit être considérée comme un complément indispensable à la pratique clinique, visant à améliorer la qualité des soins et à répondre aux besoins des patients.

En somme, pour continuer à progresser dans notre profession et à répondre aux attentes de nos patients, il est primordial de renforcer la recherche clinique et de valoriser la pratique des kinésithérapeutes cliniciens chercheurs. Il est ainsi essentiel de favoriser la collaboration entre les professionnels de santé et les universités, dans le but d'instaurer une pratique fondée sur des preuves rigoureuses, garante de l'excellence de nos soins.

RetEx



## Portraits, Parcours & Paroles

**Thomas RULLEAU**

MK PhD

Coordonnateur de la Recherche  
CHU de Nantes

Diplômé en 2005 en France sous l'ancien programme, peu de choses me destinaient à la recherche... et pourtant. A la fin de nos études initiales, une seule intervention de 3h présentée par Pierre Trudelle (kinésithérapeute, chargé de projets HAS) très... questionnante. Celui-ci nous avait expliqué l'intérêt de la recherche, de la consommation de la recherche, pour les cliniciens que nous allions être quelques semaines plus tard.

Après quelques années de pratique, quelques formations « *ad hoc* » choisies parce que « à la mode », je m'intéresse à un diplôme universitaire sur l'étude de la posture. Avec des interventions allant des modèles théorique et physiopathologique, ce retour à l'université permet de les étudier et questionne leur correction et me fait comprendre l'intervention de fin de cursus kinésithérapique.

Ajoutons à cela la sensation de manque d'étayage scientifique lors de mes premières interventions à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK), je me décide donc à reprendre un cursus académique pour apprendre à consommer la recherche (chanceux sont nos jeunes collègues depuis la nouvelle réforme).

article à retrouver \*  
dans le dossier  
**L'ESSENTIEL RECHERCHE**  
sur [www.cnks.org](http://www.cnks.org)  
(\* octobre 2023)

A cette fin, je me tourne vers l'activité salariée et je réussis, après diverses tentatives, à rentrer dans un master en ingénierie de la rééducation, du handicap et de la performance motrice en 2011. Après un premier semestre de master 2 passionnant et réussi... finissant major des écrits... j'échoue sur la soutenance du mémoire sans me présenter à la soutenance pour « insuffisance scientifique »...

Avec le recul, je comprends que nous étions sélectionnés en IFMK à apprendre, mais pas à développer notre esprit scientifique, nous questionner, être « stupide » (Schwartz, 2008). Ce challenge motivant, je reprends le master 2 et peux continuer en thèse, sous la direction du mémoire puis de la thèse par Lucette Toussaint, Professeure des Universités à l'Université de Poitiers.

L'accomplissement de cette thèse non financée, en parallèle d'une activité clinique, m'a permis d'obtenir en 2017 un poste de clinicien chercheur (i.e. : une fonction de kinésithérapeute dans un service de soins, et d'ingénieur de recherche à l'unité de recherche clinique du CHD-Vendée).

L'arrivée de nouveaux auxiliaires médicaux diplômés de grade universitaires doctorat, produisant des articles, permet la reconnaissance de ces activités de recherche.

En 2019, la création de trois nouvelles sections au conseil national des universités permet l'ouverture de quelques postes universitaires en Sciences de la Maïeutique (CNU90), de Sciences de la Rééducation et Réadaptation (CNU91) et de Sciences Infirmières (CNU92).

Un de ces postes est pourvu en décembre 2021 par Emmanuelle Cartron, infirmière et docteur en sciences, Coordinatrice de la Recherche Paramédicale au CHU de Nantes.

Après un concours, je suis donc recruté au poste remanié de Coordonnateur Paramédical de la Recherche en Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique en septembre 2022.

Les coordonnateurs paramédicaux de la recherche en CHU sont réunis dans une commission. Cette commission a réalisé un livre blanc pour proposer un développement optimisé de la recherche paramédicale dans les CHU, mais aussi sur les territoires (Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche, 2022).

Mes missions principales, au CHU de Nantes sont :

- 1) Concevoir, piloter, mener des actions pour développer et valoriser la recherche en soins
- 2) Accompagner les professionnels paramédicaux dans leurs projets de recherche
- 3) Assurer des travaux de recherche et d'enseignement dans ses domaines d'expertise dans une dynamique collégiale et interdisciplinaire si nécessaire

## Piloter - stratégie

Les missions du coordonnateur de la recherche en soins sont, résolument, interdisciplinaires. Il doit accompagner les projets des porteurs, quels que soient leurs métiers et, de ce fait, s'acculturer aux différents métiers et différentes disciplines de recherche qui étayent ces métiers.

La première mission est donc de concevoir et piloter le développement de la recherche en soins sur le CHU. Cela se concrétise par divers plans d'actions en cours de réécriture pour les projets d'établissement du CHU et plan médico-soignant partagé du GHT44.

Dans cet axe, l'apport pour les professionnels n'est pas direct, moins palpable.

Cependant, cette réflexion, appuyée par la Coordination Générale des Soins et la Direction de la Recherche et l'Innovation, en concertation avec le Département des Instituts de Formation du CHU, permet la mise en place des conditions d'accompagnement et d'accueil des professionnels intéressés par la recherche.

Ce travail de fond permet aussi la reconnaissance et l'intégration de groupes de travail sur ce sujet dans différentes instances, locales, départementales, nationales.

## Accompagner – opérationnel

Cette deuxième mission est plus directement palpable par les professionnels. Elle consiste en l'aide directe dans l'écriture d'un projet de recherche, de l'idée à la rédaction.

Plus concrètement, il s'agit de « dégrossir/étayer » le projet sur divers aspects (scientifique, méthodologique, réglementaire...); afin de pouvoir développer le projet puis de mettre en lien avec les experts (méthodologiste qualitatif et/ou quantitatif, biostatisticien, chef de projet, etc.) de la direction de la recherche et l'innovation du CHU.

## Chercheur et enseignant

La dernière grande mission est de continuer à avoir des activités de recherche propres, et des activités d'enseignements dans les différentes formations des auxiliaires médicaux de la métropole, en instituts de formation ou à l'université de Nantes (infirmière, infirmière spécialisée, infirmière de pratique avancée, manipulateur en électroradiologie médicale, kinésithérapie, podologie...).

Impact sur la kinésithérapie salariée/évolution de l'appétence à la recherche  
L'impact sur la kinésithérapie salariée spécifiquement est difficile à évaluer. De plus, deux points sont importants à mettre en avant. D'une part la « sur-représentation » des kinésithérapeutes dans les projets de recherche hospitaliers, en comparaison aux autres auxiliaires médicaux. Par exemple, au CHU de Nantes, 4 études PHRIP sur 9 ont été portées par des kinésithérapeutes, très loin de leur représentation numérique au CHU. D'autre part, mes missions sont résolument interprofessionnelles. Il en résulte un esprit collaboratif, interprofessionnel et pluridisciplinaire.

D'autres impacts seront à discuter, en lien avec le projet de la CNCPR de promouvoir les enseignants-chercheurs bi-appartenants, ou le projet du CNKS de promouvoir le clinicien chercheur. Ce développement stratégique permettrait de pérenniser les activités de recherche paramédicale en développant du temps spécifique.

Au final, Les missions du coordonnateur au CHU de Nantes sont multiples, stratégiques et opérationnelles, à court, moyen et long terme, interprofessionnelles et pluridisciplinaires.

Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche. (2022). *LE LIVRE BLANC DE LA PROMOTION DE LA RECHERCHE PARAMÉDICALE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ*.

<https://larechercheparamedicale.fr/2022/07/28/le-livre-blanc-de-la-promotion-de-la-recherche-paramedicale-en-etablissement-de-sante/>

Schwartz, M. A. (2008). The importance of stupidity in scientific research. *Journal of Cell Science*, 121(11), 1771. <https://doi.org/10.1242/jcs.033340>

RetEx



## Portraits, Parcours & Paroles

Marc BEAUMONT

MK, PhD

Coordonnateur Paramédical  
de la Recherche (CHU Brest)

« Dans ma pratique clinique courante, mon objectif est d'apporter le meilleur soin possible à mes patients.

Pour cela, le trépied de la pratique basée sur les preuves est le fondement de ma prise en soins ; bien entendu la recherche clinique permet d'enrichir la littérature scientifique, un des pieds de l'EBP.

Ainsi, au cours de ma carrière professionnelle, après avoir lu les articles de mes collègues et me questionner tous les jours sur mes pratiques et leur intérêt, je me suis lancé à mon tour dans la recherche clinique pour participer au développement scientifique de ma profession et pour avoir des réponses à mes questionnement cliniques de terrain.

Suite à la mise en place de plusieurs études de recherche clinique dans le service de réadaptation respiratoire où l'interdisciplinarité est indispensable pour une prise en soins optimale, j'ai eu l'opportunité d'obtenir un poste de coordinateur paramédical de la recherche clinique, ce qui permet d'avoir un temps de recherche et de participer au développement de la recherche clinique pour l'ensemble des métiers de la santé (et oui interdisciplinarité !!!).

article à retrouver \*  
dans le dossier  
**L'ESSENTIEL RECHERCHE**  
sur [www.cnks.org](http://www.cnks.org)  
(\* octobre 2023)

Le développement de la Recherche paramédicale est un objectif stratégique à la fois pour les Centres Hospitalo-Universitaires mais également pour les Centres Hospitaliers Généraux.

La mission du poste de **Coordonnateur paramédical de la recherche en soins** est **d'aider concrètement à l'émergence et au montage de projets de recherche infirmiers et paramédicaux**, avec comme objectif principal de **favoriser l'acculturation des professionnels paramédicaux à la Recherche en soins**.

Cette mission s'inscrit dans la diffusion plus large d'une culture d'évidence : **l'Evidence Based Practice**, pratique clinique basée sur des faits scientifiques se définissant comme l'utilisation consciencieuse, formelle et judicieuse des meilleures preuves scientifiques dans les prises de décision pour les soins de chaque patient.

La caractéristique essentielle de la démarche de Recherche dans cette perspective ne consiste pas uniquement en une démarche de production de connaissances scientifiques dans le domaine des soins médicaux, mais dans la combinaison de cette production avec son utilisation pratique, dans le cadre d'une **interpénétration dynamisante entre Recherche et soins**.

Cette nouvelle posture est rendue nécessaire par les défis auxquels est confronté l'hôpital aujourd'hui mais aussi pour mieux répondre aux attentes individuelles des usagers et de leurs proches, qui attendent des soins conformes aux derniers états de l'art et des connaissances mais aussi des soins personnalisés, respectant les attentes de chacun.

Cette approche est d'autant plus stratégique que le développement de l'ambulatoire suppose une importante coordination des soins entre l'intra et l'extra hospitalier, impliquant l'ensemble des soignants et d'indispensables évaluations.

**Le Coordonnateur** pourra apporter un éclairage clinique, scientifique à tous les niveaux d'organisation des soins :

- collaborer avec les Directeurs de soins des groupes hospitaliers de territoire dans la diffusion d'une culture de recherche paramédicale,
- aider l'encadrement à soutenir les projets de recherche émergents
- accompagner les équipes soignantes pluri-professionnelles à formuler et structurer les projets de recherche autour de problématiques cliniques prévalentes.
- développer la recherche paramédicale en soins premiers avec les libéraux du territoire.
- développer la culture de pratique basée sur les preuves en Formation initiale dans les différents instituts de formation des paramédicaux, clé de voûte du succès futur de la recherche en soins

Dans cette perspective, le **Coordonnateur** entreprend et suit des **actions spécifiques** :

- Enseignement dans les unités d'enseignement concernant la recherche clinique, accompagnement des formateurs des instituts dans cette démarche
- Veille documentaire spécifique à son domaine d'activité (veille des appels à projet, veille scientifique sur les grandes thématiques clinique etc...),
- Conseils spécifiques au domaine d'activité (développement des programmes de promotion d'evidence based practice, de projets de recherche), formation à la recherche clinique pour les paramédicaux
- Participation à des programmes de formation dans son domaine d'expertise,
- Suivi des actions réalisées (bilan d'activité).

**Indicateurs d'évaluation** : il ne semble pas suffisant d'intégrer uniquement des indicateurs de succès aux appels d'offres nationaux. Seront privilégiés les indicateurs d'activité de type :

- Participation au bureau opérationnel des sites, au Comité de Recherche Paramédicale, au Comité de Recherche Clinique et d'Innovation, aux instances paramédicales des groupes hospitaliers de territoire,
- Participation aux actions de formations réalisées,
- Nombre de projets de recherche paramédicale examinés au centre de ressources méthodologiques,
- Nombre de projets accompagnés et soutenus, que ça soit dans le cadre de l'aide à l'émergence, ou dans le cadre du PHRIP
- Rencontre avec les responsables médicaux des projets médicaux partagés.

La France a accusé un retard important dans ce domaine, comparativement aux pays anglo-saxons.

La « masterisation » des études paramédicales, l'introduction de nouveaux objectifs professionnels dans le référentiel de formation des infirmiers par exemple, puis en 2009 le lancement du premier Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) ont profondément modifié la donne.

L'objectif est de rendre les futurs professionnels plus réflexifs : **« Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels ainsi formés seront compétents, ils seront capables d'intégrer rapidement de nouveaux savoirs et de s'adapter à des situations variées ».**

L'évolution rapide des technologies, des stratégies de prise en charge diagnostique et thérapeutique, la promotion et la prévention de la santé, les modifications organisationnelles de prise en charge (virage ambulatoire, filière de soins, notamment dans les pathologies chroniques), le développement de l'éducation thérapeutique, nécessitent des capacités d'adaptation et de réflexion critique importantes dans lesquelles les soignants sont appelés à jouer un rôle actif bien au-delà du simple positionnement d'exécution.

Le développement de la recherche paramédicale constitue à cet égard un vecteur puissant de transformation à la fois des pratiques, mais aussi des positionnements professionnels.

Cette évolution des acteurs est un facteur indispensable pour la réussite de la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés par les groupements hospitaliers de territoire ».

RetEx



## Portraits, Parcours & Paroles

Pierre Henri HALLER  
CSS Rééducateur  
Coordonnateur Paramédical de la  
Recherche APHM

### Coordonner la recherche ? une question de culture.

La culture de recherche chez les professionnels de santé est émergente, et pour autant elle est indispensable à des pratiques basées sur les preuves.

La culture de recherche est une utilité sociale mais aussi une utilité professionnelle en termes de qualité et de sécurité des soins, de sens au travail de sentiment de pouvoir agir et ainsi de fidélisation.

Depuis une dizaine d'années, le programme hospitalier de recherche infirmier et paramédical PHRIP offre des bourses annuelles nationales sur des sujets dans les champs de la rééducation, des soins infirmiers et des soins médicaux techniques.

Néanmoins la recherche en soins reste encore trop peu connue et trop peu soutenue. Les actes directs de soin, essentiels et prioritaires, sont encore privilégiés aux dépens des activités de démarche qualité, de formation clinique et de recherche.



Le livre blanc de la commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche, CNCPR, incite à développer la recherche autour de 5 axes :

- axe 1 : Une politique affichée : Au sein du territoire de santé et de la région (GHT et groupement inter-CHU) ;
- axe 2 : Structurer l'organisation de la recherche paramédicale ;
- axe 3 : Développer une culture scientifique et de recherche des professionnels paramédicaux ;
- axe 4 : La formation initiale et continue : un levier pour développer les compétences en recherche ;
- axe 5 : Contribuer à une recherche intégrée dans le territoire. (1)

Les obstacles à la recherche sont connus. La recherche est freinée par :

- le manque de temps,
- les obstacles méthodologiques et techniques,
- le manque d'exemples professionnels
- et son caractère perçu comme inaccessible et conceptuel.

*Plus délicat encore, la culture de recherche hérite*

- *d'une perception d'élitisme,*
- *d'enjeux de pouvoir,*
- *de soumission et de confiscation*
- *et d'un sentiment d'infériorité.*

*Pour autant des exemples internationaux nous indiquent qu'une émancipation est possible, souhaitable et nécessaire.*

*Elle est portée par des médiateurs pairs, des exemples emblématiques de clinicien-chercheur, créant un lien entre leur pratiques et la recherche, des ambassadeurs qui nous permettent de défricher et de promouvoir l'intérêt de la recherche. (2)*

*Les coordonnateurs paramédicaux de la recherche sont ainsi des facilitateurs qui soutiennent ces recherches professionnelles et interprofessionnelles émergentes, permettant aux équipes de trouver des réponses méthodologiques financières administratives éthiques, par un maillage au sein des établissements et des territoires.*

- (1) Livre Blanc de la CNCPR Livre blanc CNPR « Pour le développement de la recherche paramédicale en France » – Soutenir – Diffuser – Professionnaliser – Décloisonner. Mars 2022
- (2) Haller PH, Soler J, Colson S, La recherche paramédicale en milieu hospitalier : Des capacités individuelles et collectives à une culture institutionnelle. Journées Francophones de Recherche en Soins. Juin 2023.



**R**et**E**x



**Au cœur d'un établissement**



Située à 30 minutes de Toulouse la Clinique Monié est un établissement privé indépendant depuis 1956, privé à but lucratif.

Il est membre fondateur de la CPTS Terres du Lauragais et Hôpital de Proximité du Lauragais.

Ce site « hospitalier » de proximité en zone rurale, au sein duquel des travaux d'extension et de réhabilitation sont en cours la Clinique Monié correspond au projet « *hôpital de proximité* » qui répond aux besoins d'une population locale.

Gabriel Gourdon, cadre de rééducation kinésithérapeute, nous le fait découvrir.

## KINESITHERAPIE SALARIEE & INTERPRO

L'établissement répertorie environ 25 professions, regroupées en 7 services : médical, soins infirmiers, rééducation, social, administratif, logistique et hôtelier.

Ces professionnels travaillent en transdisciplinarité. Comme tout établissement de santé privé, il est soumis à la démarche de certification HAS (Haute Autorité de Santé). Il a été (re)certifié en 2022 avec mention.

Nos activités :

- Hospitalisation complète :
  - Médecine
  - Soins médicaux et de réadaptation
  
- Hôpital de jour
- Endoscopie
  - Consultations
  - COSIL
  - Centre de radiologie
  - Spécialistes libéraux
  - Laboratoire de biologie
  - Centre kiné libéral
  - Pharmacie

Quelques chiffres :

- 200 salariés
- 170 chambres et 14 000m<sup>2</sup>
- 5000 patients / an
- 57 000 journées d'hospitalisation
- 600 repas par jour
- 15 millions de CA
- 5 millions de salaires

... et en plus 23 paons !



Nous nous référons et nous développerons dans cet article

- l'hospitalisation complète du Service 500
- et le service d'Hospitalisation de jour (Loco/Neuro)

Service à orientation neurologique +  
service à orientation locomotrice :  
SMR

Il offre 74 lits en hospitalisation complète et 35 places en hospitalisation de jour (HDJ)

Service pathologies polyvalentes du champ musculo-squelettique et du champ neuromusculaire

Système nerveux AVC

Système ostéo-articulaire traumatologie :

PTH PTG PTE Ligamentoplastie

Affections diverses

## En termes d'organisation :

PMSI : Chaque intervenant-e doit saisir les actes CSARR effectués dans la journée. Ceux-ci doivent être saisi quotidiennement et les oublis sont à saisir avant le vendredi 16h30 pour la semaine en cours.

## Transmission :

Chaque intervenant-e est encouragé-e à rédiger des transmissions régulièrement dans la rubrique dédiée et ce afin de palier à une possible absence impromptue.

## Continuité des soins / Garde :

Tous les kinésithérapeutes CDI se relaient pour assurer une garde le samedi dans le gymnase du RDC.

Les patient-e-s devront y être inscrit-e-s par leur kinésithérapeute le vendredi sur le formulaire dédié. Cette garde ne concerne que les patient-e-s en ortho-traumatologie.

Le temps de garde effectué est récupéré en REC ou payé. Astreinte administrative

## Balnéothérapie :

Des séances de balnéothérapie de 1h ont lieu 4 jours par semaine. Les kinésithérapeutes et l'Enseignant APA se relaient afin d'assurer ses séances. Celles-ci ont lieu sur prescription médicale.

## Entretien du matériel et inventaire :

Un inventaire du matériel de rééducation existe ; chaque professionnel-le-s est encouragé à faire remonter auprès du cadre de rééducation ou du kinésithérapeute référent toute constatation de manque ou de défectuosité de matériel. Une feuille d'inventaire pour le matériel du rez-de-chaussée est présente au gymnase en vue d'une vérification durant la garde du samedi.

## Le service d'Ortho-Traumatologie

Le service ortho-traumatologie assure la prise en charge pluri-professionnelle de 60 patient-e-s en hospitalisation complète (réparti-e-s sur trois services) ou en hospitalisation de jour. Les plateaux techniques sont ouverts au patient-e-s de 9h à 12h et de 13h30 à 16h30.

La rééducation s'opère sur 3 plateaux techniques :

- un Gymnase accueillant 40 patient-e-s (au maximum) 4 MKDE simultanément



- deux « ateliers », l'un accueillant 20 patient-e-s et 2 MKDE et l'autre 10 patient-e-s et 1 MKDE.

Ce service comporte aussi 1 salle de soin pluridisciplinaire (studio thérapeutique)

## Le service de Neurologie

Le service neurologie assure la prise en charge pluri-professionnelle de 35 patient-e-s en hospitalisation complète (réparti-e-s sur deux services) ou en hospitalisation de jour. Les plateaux techniques sont ouverts au patient-e-s de 9h à 12h et de 13h30 à 16h30.

Outre le médecin en charge des Patients HC étage et de l'HDJ, ce service dispose d'une équipe des services de soins composée d'IDE et d'AS ainsi qu'une équipe paramédicale de rééducation composée de

- Cadre de rééducation,
- 5 masseurs-kinésithérapeutes,
- 3 Ergothérapeutes, 1 Orthophoniste,
- 1 Neuropsychologue, 1 Psychologue,
- 2 Diététiciennes, 1 Assistante-sociale,
- 1 Brancardière

Pour la réalisation de leurs activités ils disposent d'un plateau technique à l'étage accueillant 21 patient-e-s, 3 kinesiherapeutes et 2 ergotherapeutes, d'un plateau technique au rez-de-chaussée accueillant 7 patient-e-s et 1 kinesiherapeute, d'un bureau d'orthophonie, et d'une salle de soins pluridisciplinaire au rez-de-chaussée (Studio thérapeutique)



Pour chaque patient-e, une demande d'admission est faite par l'établissement d'amont ou le médecin traitant et chaque dossier est étudié par une commission d'entrée. Le jour de l'admission, le-la patient-e est bilanté par un médecin, un-e IDE, un-e AS le Cadre de rééducation ou le kinésithérapeute référent. Le médecin prescrit alors les prises en charge nécessaire à la rééducation du-de la patient-e.

Conformément à la réglementation, chaque patient-e doit bénéficier quotidiennement de 2h de prise en charge rééducative pluridisciplinaire. Selon le nombre et la variété des intervenant-e-s, ceux-celles-ci se coordonnent afin de répartir au mieux leurs prises en charge dans l'intérêt du-de la patient-e et du service. Les séances de kinésithérapie par exemple peuvent être quotidiennes ou bi-quotidienne. En termes de rééducation selon la prescription médicale, chaque patient-e est attribué à un-e kinésithérapeute.

Chaque intervenant-e est libre de mener sa prise en charge comme il l'entend dans les respects des diverse obligations dues à son corps de métier et au service.

L'heure d'arrivée du-de la patient-e sur le plateau technique doit être communiquée à la brancardière et notée sur le formulaire dédié même si cette patient-e ne nécessite pas d'être brancardée. Celle-ci sera fixée en prenant en compte les contraintes du service lorsque cela est possible. Les patient-e-s sont alors amené-e-s (ou viennent seul-e-s) à l'heure convenue avec leur kinésithérapeute (11h le premier jour).

Les **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire** ont lieu de façon hebdomadaire le jeudi à 12 h. Chaque intervenant-e est encouragé-e à s'exprimer sur les changements notés dans sa discipline et les objectifs de sa prise en charge. Chaque prise de parole doit se faire de façon succincte (surtout si aucun changement n'est observé) afin de ne pas alourdir et rallonger la réunion mais sans omettre d'éléments importants.

Ponctuellement peuvent avoir lieu des **réunions avec la famille** de certains patient-e-s à la demande de celle-ci ou de l'équipe afin de faire le point. Le lieu, la durée et les participant-e-s à ces réunions seront définis au cas par cas.

Des réunions de service de rééducation sont organisées régulièrement, les dates et l'ordre du jour seront communiquées à l'avance via BlueKanGoo et affichage dans les services.

## Spécificités :

La Musicothérapie : La **musicothérapie** est une pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation.

Elle est pratiquée dans le service par 1 MKDE diplômé généralement le samedi lors de sa garde



## Le Programme d'ETP » Bien vivre avec son dos »

Ce programme s'adresse aux personnes, en activité professionnelle, présentant :

- Une lombalgie chronique (évoluant depuis plus de 3 mois)
- Dans les suites opératoires d'une chirurgie du dos nécessitant une rééducation fonctionnelle d'un rachis cicatrisé
- L'objectif est de permettre aux personnes une reprise des activités socio-professionnelles.**

### Présentation du programme

Ce programme se déroule dans le cadre d'une hospitalisation complète ou d'une hospitalisation de jour, sur une durée standard de 5 semaines (5 jours par semaine).

C'est une méthode active, nécessitant la participation du patient, avec :

- Auto-évaluation et bilans tout au long du programme
- Ateliers d'éducation thérapeutique
- Prise en charge rééducative
- Activités diverses (balnéothérapie, marche et activités extérieures...)

### Compétences visées :

Au cours du programme, divers ateliers sont proposés :

- Comprendre le symptôme lombalgique
- Gérer sa consommation médicamenteuse
- Adapter les gestes et postures aux actes de la vie quotidienne
- Savoir adapter son environnement socio-professionnel
- Gérer et réajuster sa pratique sportive et ses loisirs
- Savoir utiliser les règles de manutention

Le programme est supervisé par un médecin rééducateur.

Le suivi est réalisé par une équipe pluridisciplinaire formée : infirmière, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne

**La sophrologie :** La sophrologie est une **méthode psychocorporelle utilisée comme technique thérapeutique. Elle est pratiquée par la psychologue et l'ergothérapeute/MK de l'établissement, 2 fois par semaine.**

**Le groupe de marche :** Prise en charge à l'extérieur par l'Enseignant APA de patient qui ont besoin d'améliorer le périmètre de marche, réadaptation de la marche en extérieur.

**Le casque de réalité virtuelle :** La réalité virtuelle est une simulation interactive et immersive qui stimule le cerveau de votre patient et lui fait croire qu'il se trouve dans un autre monde.

Grâce à cette technologie, nous pouvons « tromper les sens » de votre patient en lui donnant par exemple l'illusion que la pièce se dérobe sous ses pieds pour travailler son équilibre.

**Pratique du MEOPA :** 'administration du MEOPA **ne doit pas excéder 60 minutes en continue et en cas de répétition, ne doit pas dépasser 15 jours consécutifs.** L'administration du MEOPA doit être réalisée dans des locaux aérés équipés d'une source d'oxygène, d'un matériel d'aspiration fonctionnel et d'un chariot d'urgence à proximité.

**DANS UN PROCHAIN KINESCOPE :  
L'ACCUEIL DES ETUDIANTS STAGIAIRES  
DANS CET ETABLISSEMENT**

## RetEx



### Portraits & Parcours

#### Céline Rampspacher Parcours d'une kinésithérapeute devenue Responsable d'un service d'HAD R

*Pour réaliser une chose vraiment extraordinaire, commencez par la rêver. Ensuite, réveillez-vous calmement et allez d'un trait jusqu'au bout de votre rêve sans jamais vous laisser décourager<sup>6</sup>.*

Après avoir été sportive de haut niveau, j'ai exercé le métier de masseur kinésithérapeute puis celui de cadre de rééducation avant d'être cadre supérieure de rééducation et, aujourd'hui, responsable d'un service d'Hospitalisation A Domicile de Réadaptation. Ce parcours a été ponctué d'embûches et de bonnes rencontres. Souvent, j'ai entendu que je ne parviendrais pas à atteindre les objectifs que je m'étais fixés mais j'ai fait le choix de me battre et d'avancer.

Tout aussi souvent, j'ai vu des mains se tendre vers moi pour m'aider à réaliser mes rêves.

L'objectif de ce témoignage est avant tout de partager avec chacun de vous mon parcours et de vous permettre de rêver et, pourquoi pas, réaliser vos rêves !

### Sportive de haut niveau

Tout commence très tôt : petite, je passais mon temps libre en judogi, sur des tatamis, à enchaîner les entraînements et les compétitions. Très tôt, j'ai été confrontée à l'échec, aux blessures...

Certains de mes professeurs m'ont appris que c'est par l'échec que je grandirai et qu'il fallait apprendre de cet échec pour en retirer quelque chose de positif !



En raison de mes nombreuses blessures, j'ai été amenée à rencontrer un certain nombre de kinésithérapeutes, de médecins, de chirurgiens.

Mes blessures ont finalement eu raison de ma carrière et j'ai dû renoncer au sport de haut niveau. De retour dans un cursus scolaire ordinaire, j'ai rebondi en regardant vers l'avenir.

Certains des professionnels m'ayant soignée étaient passionnés, d'autres un peu moins. Un kinésithérapeute, en particulier, m'a transmis sa passion : suite à une chirurgie, il m'a prise en charge en Hôpital de Jour dans un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation.

<sup>6</sup> Walt Disney

Alors qu'à l'époque je m'orientai vers des études de droit, il était tellement passionné par son exercice qu'il a passé le relais et m'a amenée à repenser mon projet professionnel.

## Les études de masseur-kinésithérapeute

Le hasard a voulu que l'association dont faisait partie cet établissement (l'Association Pierre Noal) a ouvert un Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie au moment où je cherchais à intégrer ce cursus.

Alors que les enseignants que je croisais m'incitaient à ne pas aller en école de kinésithérapie compte tenu de mes résultats scolaires, j'ai décidé de tenter les concours. J'ai réussi à obtenir une place dans cette école.

J'ai découvert, par le biais des stages et des rencontres que ce futur métier représentait une opportunité d'avoir une activité variée, tant par les modes d'exercice possibles que par les secteurs d'intervention et les spécialités auxquels nous pouvons être confrontés.

En parallèle, afin de financer mes études, j'ai pu exercer le métier d'aide à domicile. Ainsi, j'ai découvert encore d'autres aspects du soin et de la prise en charge des usagers.



Une fois le diplôme obtenu, je me suis dirigée vers le salariat, j'ai alors pu découvrir de nouvelles facettes du métier et continuer à progresser.

Ce qui m'a marqué dans ce parcours c'est la passion qui anime chacun de nous. On ne devient pas un professionnel de santé par hasard.



Ainsi, entre mes postes de cadre, j'ai toujours pris plaisir à reprendre un poste de masseur kinésithérapeute, sur quelques semaines, afin de

reprendre contact avec le terrain.

J'ai essentiellement exercé avec les patients souffrant d'atteintes neurologiques, d'amputation de membre inférieur ou en unité de soins palliatifs. L'esprit d'équipe et la pluridisciplinarité de ces services m'attirent particulièrement.

## Vers des missions d'encadrement

Rapidement identifiée pour ma capacité à fédérer et me positionner, j'ai pu exercer des missions de référent de rééducation dès ma troisième année d'exercice. Dans un premier temps durant les absences de mon cadre puis, définitivement, à son départ.

Ainsi, j'ai participé à un projet de création d'un plateau technique de rééducation pour un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation qui regrouperait deux autres établissements qui fermaient.



Ayant peu d'expérience et des compétences à construire, mon employeur a accepté de m'inscrire en formation de cadre et c'est ainsi que j'ai pu valider le

Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS).

Durant cette formation j'ai été confrontée aux préjugés de certains professionnels, qu'ils soient formateurs ou formés, pour lesquels il était nécessaire d'avoir un carnet d'adresse, transmis par l'entourage, pour pouvoir percer dans les fonctions d'encadrement et de direction.

Par la suite, j'ai contribué à ouvrir un service de prise en charge rééducative de l'obésité et divers projets avec mon établissement.

Quelques années plus tard, j'ai choisi de quitter la région pour rejoindre la capitale. Là-bas, les opportunités sont plus nombreuses et plus variées.

J'ai pu exercer durant quelques mois en binôme comme cadre de rééducation d'un établissement de SSR. Plus tard, j'ai pris la responsabilité d'un plateau technique tout en intégrant l'équipe d'administrateur de garde.

C'est à ce moment-là que j'ai commencé à prendre part aux décisions dépassant le plateau technique et ainsi découvrir de manière plus précise les missions d'une équipe de Direction.

Par la suite, j'ai quitté la région parisienne pour un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation où j'ai encadré les plateaux techniques de rééducation neurologique.

En parallèle, j'ai participé à des projets avec, notamment, l'ouverture et le développement d'une équipe mobile de Réadaptation et Réinsertion du Handicap, le développement d'une équipe mobile Plaies et Cicatrisation, le remodelage d'un programme de rééducation pour les lombalgiques chroniques, la réorganisation des plateaux techniques, la mise en place d'un coordinateur de planning, la mise en place de protocole de recherche clinique...

C'est également à cette période que j'ai découvert le travail de consultant puisque mon employeur m'a offert l'opportunité de rejoindre un cabinet pour participer à un audit pour un établissement SSR en région parisienne.

## Vers des missions de direction

J'ai ensuite rejoint le Centre de Réadaptation de Coubert, où j'exerce aujourd'hui comme cadre supérieur de rééducation.

Ainsi, j'ai intégré le Comité de Direction où je représentais les activités de rééducation avec pour objectif principal de développer les bonnes pratiques et l'innovation.

Malgré ma volonté d'évoluer vers un poste de Directeur des Soins voire Directeur d'un établissement de santé, je me heurtais à une hiérarchie qui considérait qu'un cadre de rééducation ne pouvait aller au-delà d'un poste de Directeur des Soins, même si le cadre infirmier est plus légitime pour ces fonctions. Ainsi, j'essuyais des refus lorsque je discutais d'un projet professionnel ou de formation.

Depuis un an, compte tenu de la volonté de la Direction Régionale de développer le service d'HAD et de l'autonomie acquise par les cadres de rééducation, j'exerce exclusivement sur l'HAD.



Dans ce cadre, j'ai été accompagnée par un Directeur de Transition qui m'a permis de monter en compétence et d'appréhender plus précisément les missions d'un Directeur d'établissement.

Cet accompagnement a débouché sur la validation, par ma Direction, pour réaliser un Master II en Droit de la Santé. Au-delà de la montée en compétence sur mon poste actuel, cette formation devrait me permettre d'accéder à des postes de Directeur d'établissement.

## Responsable de l'HAD de Réadaptation de Coubert

Initialement recrutée pour encadrer l'ensemble des cadres du plateau technique et de l'Hospitalisation à Domicile, suite à plusieurs départs sur des postes clé, j'ai pris la Responsabilité du service d'HAD.

Ce service de 90 places prend en charge des patients, à Domicile, pour des pathologies touchant l'appareil locomoteur et/ou le système nerveux. Nous pouvons également prendre des patients suite à une hospitalisation ou pour des pathologies chroniques qui nécessiteraient un reconditionnement.

Ainsi, nous proposons, au domicile du patient et dans son environnement proche, une prise en charge écologique, tenant compte de ses besoins et de la réalité dans laquelle il vit.

En tant que Responsable de l'HAD, je dois m'assurer que le service fonctionne correctement et que l'activité se développe. Ainsi, je manage une équipe de 60 salariés tout en gérant le matériel inhérent à cette activité (véhicules, ordinateurs, smartphones). En parallèle, je m'assure que le service est en conformité avec les décrets et impulse la démarche qualité.

Dans le cadre du développement de l'activité du service, je participe également à diverses instances et comités de pilotage en interne, sur le territoire et au niveau national.



Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

Je pense que l'une des forces de ce parcours est d'avoir su rebondir face à l'échec tout en ayant la chance de rencontrer les bonnes personnes au bon moment et d'avoir saisi les opportunités offertes.

Le métier de Masseur kinésithérapeute est un métier passionnant et riche. Les opportunités qu'il peut offrir le sont tout autant !

**Ne regardez pas en arrière. Allez de l'avant, pour ouvrir de nouvelles portes, faire de nouvelles choses par curiosité. La curiosité nous fait découvrir de nouveaux chemins<sup>7</sup>.**

<sup>7</sup> Walt Disney

## REtEx



### Portraits & Parcours

Et KINESCOPE de s'enquérir - auprès de **Cassandra Langlumé**, membre de cette équipe d'HAD R - du parcours qui l'y mène ; un parcours plein de bonnes et moins bonnes découvertes ... un parcours pour le moins atypique.

Récit dynamique et aussi authentique que ce parcours atypique.

**KINESCOPE** : Merci de nous retracer en quoi le parcours qui t'amène à l'HAD R est atypique ?

**Cassandra** : Il paraît que mon parcours est atypique...un diplôme commun de Masseur-kinésithérapeute. Autrement dit le mouvement c'est la vie... pourquoi ne pas l'appliquer dans la vie professionnelle ?

Je suis devenue Masseur-kinésithérapeute en partie du fait d'un accident en compétition sportive au Lycée. Mauvaise rééducation... Non, non chers collègues les électrodes ne suffisent pas après une grosse déchirure musculaire ...

J'ai voulu faire mieux et ... un rêve en tête pour plus tard : ouvrir mon centre et lier ma passion avec mon futur métier : les chevaux...et la pédiatrie.

**KINESCOPE** : un avenir tout tracé ! un projet et une prédestination réalisés d'emblée ?

**Cassandra** : J'ai commencé en sortant du DE par un assistantat que je n'oublierai jamais. La vision de Bisounours sorti de l'IFMK et la réalité m'ont fait fuir ce cabinet non compatible avec mon état d'esprit.

Puis un autre cabinet, meilleure entente mais constat... je suis un Bisounours. Je dois prendre de la bouteille avant de continuer le libéral. J'ai trop d'empathie, je me fais manger littéralement par mes patients. Je ne sais pas dire non et mettre des limites. Résultat plus de vie personnelle mais j'adore mon travail.

**KINESCOPE** : Quelle alternative alors ?

**Cassandra** : Je postule alors dans un grand hôpital intercommunal divisé sur 2 communes. Chouette, le rêve de ma vie : un post en réa-néonatal ! dans ma commune ! et bien non finalement je suis envoyée (une fois le contrat signé), dans l'autre ville en urgences gériatriques. Alors certes, il y a aussi les couches ...

La direction a besoin que je reste et m'ouvre les vannes, je suis alors volante dans les services. J'apprends, mes services préférés sont ceux que je surnomme avec affection les « vrais bobos ». (La réanimation, les services de médecines tropicales et quelques cas d'un super chirurgien orthopédique à réputation Nationale.

## **KINESCOPE : Quelles expériences s'en sont suivies alors ?**

**Cassandra :** *Mon meilleur souvenir ... avoir participé à la mobilisation du genou d'un petit père de 16 ans qui le mouvait pour la première fois de sa vie. Séquence émotion.. Magique.*

*Malheureusement la perspective d'avenir et le « changement » n'ont sûrement pas nourri intellectuellement... une proposition de travail dans 2 centres à côté de chez moi tombe à pic : un IME et un IEM.*

*Un Institut Medico Educatif (Associatif) Handicap lourd ...très lourd.... Pas de parole pour la plus part. Mais 95 % du langage est non verbal. J'adore les défis ! Je fonce.*

*Une super entente avec les 2 médecins mais c'est plus compliqué avec les équipes éducatrices... un mot échangé avec une collègue du centre me choque. Inacceptable, témoins j'ai tout fait remonter et posé mes conditions : c'est elle ou moi, mais je ne cautionne pas que l'on parle des patients comme ça. Ils tolèrent : je pars. Je pars le cœur lourd... mon petit père, K... encore un marquant...qui a fait ses premiers pas en solo grâce à nos séances ... il avait 18 ans ... J'en ai le cœur serré de l'écrire. Ses hurlements quand je lui ai annoncé mon départ.*

*J'ai appris l'humilité puissance un milliard avec eux. Même un bisounours ne peut sauver le monde. Je les aurai pris dans mes poches si j'avais pu.*

*J'arrive alors dans l'IEM : un fonctionnement particulier, un peu comme un SESSAD. J'y rencontre des personnes qui seront présentes longtemps dans ma vie. Des enfants qui me recontactent 15 ans après via LinkedIn. La magie des réseaux.*

*Parallèlement je commence une école d'ostéopathie que je n'ai pu terminer faute de moyens et problématique personnelle.*

*J'y suis restée 3 ans. J'y ai connu des changements de direction, des cas compliqués, une famille en particulier et la détresse face au handicap.*

*Un autre souvenir marquant, un papa fou de rage que l'on ne retire pas le handicap de sa fille avec nos soins. Frayeur, la directrice et moi présentes ce jour-là avons été cachées et protégées par un autre papa. Le premier avait une arme blanche à la main, et hurlait que nous allions payer de ne pas libérer sa fille de sa maladie. Et oui... là ceux qui l'oublient nous ne soignons pas des pathologies mais des êtres et leur famille avec.*

*Dur à encaisser. Ça laisse des traces, on en tire des leçons... le corps lâche. Burn-out total. 3 mois de fauteuil roulant, en même temps qu'un début de grossesse.*

## **KINESCOPE : Comment rebondir de ces expériences ?**

*Changement de région. Je tente à nouveau l'aventure libérale. Je crée alors un groupe pour rallier les consœurs kinés « mamans kinés en libérale » sur Facebook. Nous nous sentons trop seules face aux papiers et parfois dans nos activités. Besoin de partager nos problématiques de mamans pro de santé en libéral.*

*Je ne m'y attendais pas...2000 membres en une semaine, 5000 très vite. Je suis dépassée je demande de l'aide à des amies.*

*Je travaille parallèlement quelques mois dans un cabinet pour connaître le secteur. Des problématiques personnelles me font quitter ce cabinet. Je me lance. Solo.*

Enorme défi que faire des domiciles à la campagne. Absolument pas rentable avec les kilomètres mais mon métier m'anime. Je suis en lien avec l'HAD de Vendée. Je rencontre de belles personnes. Un amour commun de nos patients.

Mon empathie m'envoie plein de palliatifs. 2 patients marquants dont une enfant. J'ai été son dernier fou rire. Sa mère m'a demandé de venir la voir « après » ... mauvais plan ... très mauvais plan. Gardez les rires en tête, mais pas cette image de blanche neige version bébé.

Résilience. Je continue, et je réussis à intégrer LA clinique par la maternité. Je donne des cours de massages aux jeunes parents. Bonheurs. Ponctuellement je masse des jeunes mamans. Elles ont bien travaillé pendant 9 mois, elles ont droit de réapprendre à aimer leur nouveau corps de maman. Très mal accueillie par les confrères qui font la rééducation en libéral... détendus quand ils ont vu que je travaillais plus pour le cœur avec aucune intention de leur voler leurs patients.

**KINESCOPE : Et en termes de formation continue ... ?**

**Cassandra :** Parallèlement je passe 2 DU. On soigne on soigne ok... mais le but n'est-il pas que les gens aillent bien ??? Alors la prévention est une évidence, MON évidence.

Diplôme d'ergonomie. J'adore ce que je fais. C'est magique, ça m'anime... mais ... il me manque un truc.

Vous vous souvenez on soigne des êtres...donc pas qu'un corps mais l'esprit avec.

Je passe un DIU des risques psychosociaux. Des rencontres merveilleuses avec des hommes aussi passionnés que moi. Un psychiatre passionné qui sera mon tuteur de mémoire et un sociologue qui me marquent.

Puis changement d'exercice, je passe remplaçante avec un gros projet qui n'aura pas vu le jour de suite car arrive 2 mois plus tard le confinement. Mauvais timing.

**KINESCOPE : Et comment arrivez-vous à l'HAD R ?**

**Cassandra :** A nouveau changement de région suite à des modifications de ma vie personnelle.

Un médecin me parle de l'HAD R ... mon mode d'exercice idéal : temps de consultation illimité ou presque et en salariat ? Horaires compatibles avec la charge de mes 2 enfants. Je fonce. J'adore.

Une équipe aussi passionnée que moi pour les patients. On se retrouve à des heures improbables sur les sites de transmissions patients. Mais chuuut faut pas le dire. Oui nous avons trainé car passé plus de temps avec nos patients protégés.

Il arrive même d'aller en voir en dehors de nos heures quand ils ne vont pas bien. On s'appelle sur nos téléphones personnels avec quelques collègues et hop nous voilà mobilisés.

Des relations magiques que l'on se permet justement sous couvert du salariat. Impossible en libéral on se ferait manger.

Les cas sont parfois des défis, parfois nous servons juste de relais. Mais ce sont toujours de belles rencontres pleines d'enseignement. Et de projets à venir ? A suivre...

**cnks XXVI<sup>e</sup> 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 du Collège National de la Kinésithérapie Salariée  
administrée par KOP n° Siret : 38805089000044, n° de déclaration d'activité 63220872422 – DATADOCK 0035038 & QUALIOP1 2020  
Informations et renseignements : [formations.kines@kineouestprevention.com](mailto:formations.kines@kineouestprevention.com)

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



**LES INSCRIPTIONS SONT OUVERTES**  
**PROGRAMME & BULLETIN ~-> pages 71 à 74**

## R et Ex



### Portraits & Parcours



Kinésithérapeute au sein d'une équipe de rééducation de l'Hôpital Bichat AP-HP à Paris Antoine Sarazin raconte\*

sa reconversion professionnelle et son intérêt pour le métier salarié.

« Ingénieur technico-commercial dans l'industrie biotechnologique, j'ai travaillé aux côtés de professionnels de la santé pendant plusieurs années. C'est ainsi que j'ai décidé de changer de voie professionnelle et de devenir kinésithérapeute. Cette décision a été motivée par une volonté de revenir vers la science et de travailler directement avec les patients.

Durant mon cursus, j'ai eu la chance de signer un CAE avec l'APHP. Après mes 4 ans d'études, j'ai ainsi intégré l'équipe de rééducation de l'hôpital Bichat Claude Bernard en tant que kinésithérapeute. Mon objectif principal est d'offrir des soins de qualité aux patients et de les aider à retrouver leur mobilité et leur autonomie.

## ATTRACTIVITE ? FIDELISATION ?

MK SALARIE  
UN BEAU  
METIER !

J'aime travailler avec mes patients pour les aider à surmonter les obstacles et à atteindre leurs objectifs de rééducation.

Ma reconversion a été un choix difficile mais extrêmement gratifiant.

Je suis heureux de pouvoir exercer une profession qui me passionne et qui me permet de faire une différence positive dans la vie de mes patients. Travailler au sein de l'APHP me permet de continuer à apprendre et à grandir dans mon rôle de kinésithérapeute. Je suis entouré de professionnels de santé compétents qui m'inspirent à donner le meilleur de moi-même chaque jour.

J'espère continuer à apprendre et à grandir dans mon rôle de kinésithérapeute au sein de l'hôpital Bichat Claude Bernard. Je suis convaincu que nous pouvons aider au maximum les patients à retrouver leur qualité de vie et leur autonomie, en leur offrant des soins de qualité. »

(\*) propos recueillis par Béatrice Chapin Bouscarat, CSS MK et publiés sur les réseaux sociaux ; reproduits dans KINESCOPE avec l'aimable autorisation de son auteur.

# ANNONCE D'EMPLOI



**Nous recrutons, pour un CDD, dès maintenant, dans le pôle 3R (Rééducation Réadaptation et Réinsertion) :**

**Un Cadre de Santé Masseur- Kinésithérapeute ou Ergothérapeute** pour une équipe de Masseurs- Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Orthophonistes, Psychomotriciens, Pédicures-podologues, Enseignants APA.

Missions habituelles du Cadre de Santé et plus particulièrement :

- **promotion de la Rééducation-Réadaptation** dans les **filières de soins et en :** SMR (pneumo, neuro, polyvalent et gériatrie), MCO (médecine gériatrique) et USLD dont établissement de projets de **Rééducation-Réadaptation** coordonnés avec les équipes de soins.
- participation au travail sur le **Recrutement** et la **Fidélisation** des professionnels de **Rééducation-Réadaptation**.
- **binôme avec un Cadre de Santé Masseur- Kinésithérapeute** référent pour le secteur MCO.
- **collaboration avec les IFMK, IFE et IFP** : possible enseignement théorique et pratique/ possible travail sur le tutorat / ....
- possibilité de **s'inscrire dans différents projets**: EPP déglutition, Groupe de travail « patients chuteurs », Qualité et gestion des risques, Recherche, Formations et congrès...

**DE Masseur-Kinésithérapeute ou Ergothérapeute exigé** et diplôme de Cadre de Santé ou "projet Cadre" avec expérience en management souhaitée.

Pour plus de renseignements, contact :

[brigitte.perrin@chu-rouen.fr](mailto:brigitte.perrin@chu-rouen.fr)

Tel : 02 32 88 85 69

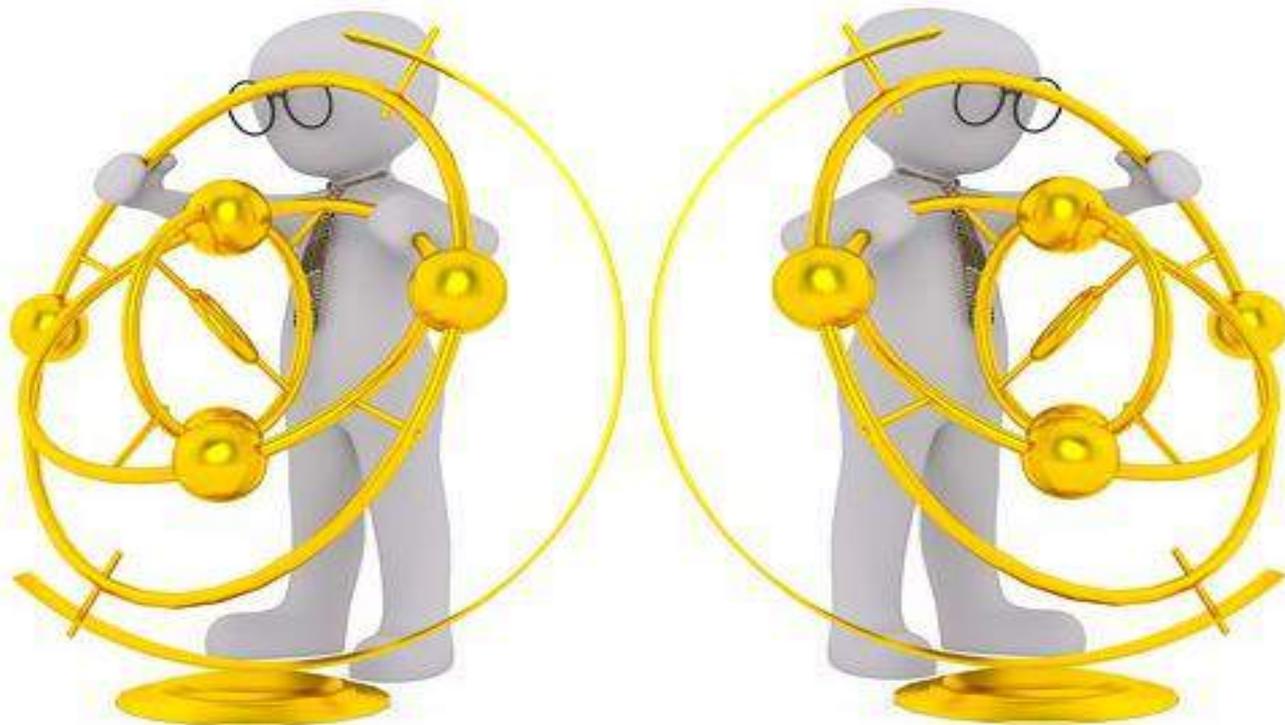
## PRAT<sup>SCOPE</sup><sub>ICO</sub>



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



## PRA<sup>SCOPE</sup>TICO



### KINESITHERAPIE SALARIEE & FORMATION CONTINUE

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

La Formation continue : garante de l'efficience & d'adaptation ! vecteur de reconnaissance personnelle ! catalyseur de l'évolution professionnelle !

*Souhaitant être au plus proche de vos préoccupations, nous allons donc vous proposer une série d'épisodes intitulée « Tout ce qu'on ne vous a pas dit sur la formation continue » ou « L'essentiel de ce qu'il faut savoir sur la formation continue ».*

*En effet, lorsqu'un kinésithérapeute a décidé de travailler au sein d'une institution de soins, et donc d'être salarié, la réalisation de ses projets de formation continue ne dépend pas que de lui et de sa motivation.*

*L'affaire est beaucoup plus complexe.*

*Nous espérons que ces épisodes feront écho dans votre quotidien.*

Cécile Le Moteux,  
CDS MK formatrice

### EPISODE 4 :

### « OBTENIR LE GRADE MASTER POUR UN(E) MKDE NÉCESSITE COLLECTIVE OU BESOIN INDIVIDUEL ?

Les MK diplômés depuis 2021 obtiennent automatiquement, en parallèle de leur DE, le grade de Master 2.

Il "atteste l'acquisition d'un socle de connaissances et de compétences dans un champ disciplinaire ou pluridisciplinaire et sanctionne une formation assise sur les connaissances les plus avancées au niveau de qualification considéré."

#### **Mais un grade n'est pas un diplôme.**

Il permet de postuler au niveau supérieur du cursus, sans certitude d'être pris ni d'être reconnu au niveau international.

Enfin, un grade n'engage pas de revalorisation salariale.

C'est d'abord une histoire de reconnaissance symbolique.

Depuis 2021, j'ai souvent entendu des collègues et confrères, diplômés avant la réforme des études, poser ces questions :

"Et nous ? Obtiendrons-nous également ce grade ? Pourquoi cette différence ? Que devons-nous faire pour l'obtenir ?"

Même si tous reconnaissent que ce grade M2 est surtout un des éléments essentiels pour inscrire la filière au sein de l'Université et malgré l'évolution du contenu des études depuis 2015, beaucoup de ces professionnels de terrain expérimentés ne comprennent pas et/ou n'acceptent pas qu'ils " n'y aient pas droit ".

Ce besoin de reconnaissance se joue à plusieurs niveaux :

- un besoin d'officialisation des compétences acquises grâce à leur expérience et aussi de leurs facultés d'apprentissage après la formation initiale
- un besoin d'égalité sociale pouvant diminuer la dissonance cognitive vécue entre leur statut et celui de jeunes diplômés sans expérience plus "gradés" qu'eux
- une possibilité d'accéder à davantage de responsabilités, à d'autres emplois
- une opportunité de valoriser son estime de soi et ainsi s'autoriser soi-même à reprendre et poursuivre des études.

Ballet, V. (2009). La validation des acquis de l'expérience (VAE) : entre gestion individuelle et organisationnelle des carrières.

Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail, 4(1), 62-83. <https://doi.org/10.7202/000386ar>

Cette reconnaissance peut aussi rendre l'activité de travail plus visible. L'impossibilité de cette reconnaissance pour les professionnels diplômés avant la réforme pourrait leur laisser penser que ceux-ci n'ont engagé aucune action permettant de faire évoluer leur activité, qu'ils auraient "moins de valeur".

Marie-Christine Bureau and Carole Tuchsirer, "La validation des acquis de l'expérience est-elle un moyen de reconnaissance du travail ?", Sociologie du travail, Vol. 52 - n° 1 | 2010, 55-70.

J'ai aussi souvent entendu : "Alors, pourquoi ne pas proposer une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ?" "La validation des acquis de l'expérience (VAE) permet à toute personne engagée dans la vie active, d'obtenir une certification professionnelle par la validation de son expérience acquise dans le cadre d'une activité professionnelle et/ou extra-professionnelle."

Une VAE pour obtenir le grade M2 ? Impossible, une VAE vise une certification, pas un grade.

Une VAE pour obtenir directement le diplôme de Master ? Là, ça se réfléchit.

Selon la loi de modernisation sociale du 17 Janvier 2022, la VAE constitue un nouveau droit individuel. "Transformez votre expérience en diplôme !" Telle était l'intitulé de la campagne de communication.

Depuis Décembre 2022, cette procédure est présentée comme "plus simple, plus sécurisée e plus moderne" Une plateforme publique a été créée.

<https://www.vae.gouv.fr/la-vae/>

<https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/certification-competences-pro/vae>

Il existe aussi la VAP 85

Une Validation des Acquis Professionnels "permet d'accéder directement à une formation universitaire sans avoir le diplôme requis, en faisant valider une expérience professionnelle (salariée ou non), les formations suivies ou les acquis personnels développés hors de tout système de formation."

Chaque service de formation continue des Universités propose cette démarche.

Comme la VAE, elle repose sur la notion de compétence.

Mais le jury ne vient pas observer l'acquisition de ces compétences. Il évalue ses effets via les éléments du dossier de candidature.

Crognier, Philippe. « La VAE et l'ordre des choses »,  
Vie sociale, vol. 4, no. 4, 2007, pp. 21-34.

Pour la VAE comme pour la VAP 85, les professionnels visés doivent transcrire par écrit leurs expériences prouvant leurs compétences éligibles pour le niveau universitaire souhaité.

Ils les décriront "après coup" en étant obligés de structurer leur récit, de leur rendre logique. Il pourrait alors être biaisé, entre réalité et vérité. C'est ce que BOURDIEU nommait "l'illusion biographique".

Selon P. CROGNIER, ils seraient aussi plus éloignés de la maîtrise de l'écrit que ne le seraient les individus diplômés par la voie traditionnelle.

Là encore, l'équité est questionnée. Cependant, plusieurs MK accèdent à une formation M2 via ce dispositif.

Crognier, Philippe. « La VAE et l'ordre des choses », Vie  
sociale, vol. 4, no. 4, 2007, pp. 21-34.

Finalement, grade ou pas grade, là n'est pas la question.

Le 30 Octobre 2019, la section "sciences de la rééducation et de la réadaptation" a été créée au sein du Conseil National des Universités.

Des départements universitaires sont nés. Au delà des avantages certains pour la recherche scientifique en rééducation, cette création pourrait "aussi faciliter la gestion de carrière" en créant ses propres diplômes et donc son propre système de VAE.

**Formation continue**

**et**

**certification  
professionnelle**

**sont**

**au programme**

**des**

**JNKS ROUEN 2023**

**Cf programme**

**pages 71 à 74**

**Et si vous y  
participiez ?**

## PRA<sup>SCOPE</sup>TICO



### KINESITHERAPIE SALARIEE & APPROCHE(S) DIAGNOSTIQUE(S)

- parce que les « **pratiques professionnelles** » réfèrent aux différents apprentissages initiaux théoriques et pratiques, et aux expériences de professionnalisation en stage,
- parce qu'elles doivent s'inscrire dans EBP (cf. KINESCOPE n°.... ),
- parce qu'elles sont favorisées et contraintes par les réalités de « l'environnement » de la prise en soins (les variabilité et niveaux de pathologies, les patients et leurs cultures, les familles et aidants,....),
- parce qu'elles sont conditionnées par la démarche diagnostique préalable du kinésithérapeute,
- et/mais parce que l'appropriation de la démarche diagnostique est variable selon l'enseignement qui en est fait et la réceptivité de chaque (futur) thérapeute,

*KINESCOPE* recueille et partage sur ce sujet des témoignages et visions de collègues.

**Valérie Martel**  
CDS MK,  
Vice-Présidente CNKS  
Pilote du groupe de travail APPOCT \*

(\*) Activités Pratiques Professionnelles – Organisation & Conditions de Travail

Vous souhaitez apporter un témoignage ?  
Adressez un mail à  
[contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com)

### Heuristique et kinésithérapie : l'art de prendre des raccourcis sans tomber dans une impasse

Guillaume THIERRY

Il est 16h et vous êtes sur le point de prendre en charge un nouveau patient, Monsieur B. pour un épisode aigu de lombalgies communes. Monsieur B est assis en attente de son tour : son dos est voûté, ses épaules légèrement enroulées. Ses mouvements sont lents, prudents, et il semble limiter au maximum ses amplitudes. Son visage exprime la douleur et la préoccupation. À ce stade, en observant Monsieur B, que pouvez-vous conclure sur ce patient ?

Si, comme moi, vous êtes kinésithérapeute, vous ferez probablement instinctivement le lien entre la posture de Monsieur B et des tensions ou des faiblesses musculaires. Les pionniers de la kinésithérapie, dont les concepts théoriques forment la base de nos formations initiale et continue, ont décrit à maintes reprises la posture idéale, et comment des variations posturales peuvent créer des tensions tissulaires palpables par le praticien, ou être en lien avec des faiblesses musculaires, ou encore des douleurs.

Lorsque Monsieur B entre sur le plateau technique votre décision est déjà prise : vous opterez pour un traitement visant à relâcher les tensions tissulaires et à renforcer les muscles afin de corriger sa posture.

Vous expliquez à Monsieur B le traitement envisagé, ses conséquences éventuelles sur sa posture et ses douleurs, en précisant que ce traitement a déjà fonctionné chez nombre de vos patients atteints d'un trouble similaire.

En économie, la rationalité est une notion centrale. Elle correspond à la capacité de prendre des décisions cohérentes lorsque nous sommes confrontés à différentes options.

Le concept de l'homo economicus repose ainsi sur l'hypothèse selon laquelle les individus sont des êtres rationnels, dotés de préférences clairement définies, et qui cherchent constamment à maximiser leur bien-être en prenant des décisions économiques cohérentes.

En d'autres termes, lorsque vous faites vos courses, vous optez pour les produits offrant ce qui est pour vous le meilleur rapport qualité-prix, peu importe si ce ne sont pas vos marques préférées ou si les publicités vous recommandent d'autres produits.

Ce concept, développé par les grands noms de l'économie contemporaine, continue d'être largement utilisé et enseigné pour modéliser des comportements humains idéaux et les réactions des marchés financiers, que les économistes espèrent aussi rationnels que possible.

La littérature scientifique regorge d'articles indiquant que les observations visuelles du patient, de ses amplitudes de mouvement et de sa posture présentent une fiabilité faible à modérée, et qu'il n'y a pas de corrélation entre la posture et la douleur. Ces informations sont en principe largement accessibles.

Malgré cela, conformément à des modèles théoriques imaginés il y a des décennies, la posture reste souvent blâmée dans le cas de douleurs musculo-squelettiques, et beaucoup de traitements continuent de se concentrer sur la correction posturale.

En bref, nous sommes censés prendre des décisions rationnelles, c'est-à-dire que nous devrions tenir compte de toutes les informations à notre disposition (les données scientifiques acquises, les résultats de nos évaluations, la prise en compte des attentes du patient, etc.) afin de choisir le traitement le plus optimal.

Mais nous agissons différemment, et nous le faisons dans un environnement où notre temps et l'accès à l'information (que ce soit le dossier médical du patient, les données de la littérature, les formations) sont limités.

Dans ce contexte, il est parfois plus simple et plus rapide de se baser sur nos expériences passées, sur nos observations visuelles ou palpatoires, ou encore sur les grands principes fondateurs de notre profession pour décider d'un traitement.

En 2017, Richard Thaler a reçu le prix Nobel d'économie pour ses travaux démontrant la tendance des individus à l'irrationalité. Selon ses travaux, chacun d'entre nous formule des jugements et prend des décisions en étant influencés par des heuristiques et des facteurs environnementaux.

**Les heuristiques, ce sont ces mécanismes de pensée qui nous aident à prendre des décisions rapidement, en tenant compte d'un volume limité d'informations.**

En économie comportementale, le domaine d'étude de Richard Thaler, on distingue principalement trois types d'heuristiques :

- L'heuristique d'ancrage, qui consiste à se fier à une donnée initiale (l'ancrage) pour prendre une décision.
- L'heuristique de représentativité, où nous avons tendance à évaluer la probabilité d'un événement en fonction de données préexistantes, telles qu'un stéréotype ou un préjugé.
- L'heuristique de disponibilité, qui est le fait de prendre des décisions en lien avec des informations facilement accessibles.

Il a suffi d'une fraction de seconde pour que vous élaboriez un premier diagnostic kinésithérapique pour Monsieur B et pour que vous décidiez des premiers soins à lui proposer.

#### L'heuristique d'ancrage

Sur quoi vous êtes-vous appuyé (ancré) pour choisir spécifiquement ce diagnostic kinésithérapique parmi d'autres possibilités ?

- o les indices visuels de sa posture assise ?
- o le motif de consultation que le patient vous a donné avant la séance ?

#### L'heuristique de représentativité

Comment vous représentez-vous le patient ?

- o à partir de vos connaissances sur les chaînes musculaires, les perturbations articulaires ou posturales, les troubles neurodynamiques ?
- o en d'autres termes, qu'est-ce qui a forgé votre vision du corps tel qu'il devrait être physiologiquement, et en quoi cela influence-t-il vos décisions ?
- o le traitement qui vous est venu à l'esprit est-il lié à son efficacité chez d'autres patients ou résulte-t-il d'une évaluation objective préalable ?

#### L'heuristique de disponibilité

Si la posture de Monsieur B a été la première chose qui a retenu votre attention,

- o lui accordez-vous pour autant une importance primordiale ?
- o avez-vous lu un article scientifique ou un post sur les réseaux sociaux qui vous a intéressé et qui traitait de la posture chez les patients souffrant de lombalgie, ce qui vous a incité à vous y intéresser d'emblée pour ce patient ?

Comme vous pouvez le constater, lorsque nos décisions sont fondées uniquement sur notre expérience clinique ou nos expériences sensorielles directes (palpation, observation, etc.), nous sommes invariablement sujets aux biais cognitifs.

Sans une enquête plus approfondie et plus objective du patient, ces heuristiques peuvent nous amener à prendre des décisions thérapeutiques non optimales.

Même en tant qu'expert en rééducation, il serait erroné de croire que le kinésithérapeute est immunisé de l'influence des heuristiques et des erreurs de jugements.

Cependant, sans heuristique, la prise de décision dans quelques domaines que ce soit, serait très laborieuse. Sommes-nous donc condamnés à prendre des décisions non optimales ?

Dans le but d'encourager les individus à adopter certaines attitudes plutôt que d'autres, Richard Thaler a développé le principe du « nudge », ou coup de pouce.

Un nudge est une suggestion non contraignante (que vous pouvez ignorer si vous le souhaitez) et non culpabilisante, qui guide un individu vers un choix bénéfique pour lui.

Par exemple, le radar pédagogique à l'entrée d'un village est un nudge. Il vous incite à adopter un comportement adapté en affichant un sourire vert quand vous roulez tout au plus à la vitesse réglementaire.

Mais vous pouvez l'ignorer et vous n'aurez pas de contravention si vous êtes en excès de vitesse.

Ce principe est largement utilisé dans les politiques sanitaires et environnementales de nombreux pays, y compris en France.

Dans la pratique kinésithérapique quotidienne, il est tout à fait possible de mettre en place des nudges pour vous inciter à prendre des décisions plus éclairées.

## Vous êtes kinésithérapeute praticien, vous pouvez par exemple :

- Utiliser des bilans standardisés pour structurer votre processus d'évaluation.
- A la fin de vos bilans types, inscrire toutes les thérapies que vous pratiquez, afin d'avoir sous les yeux régulièrement l'ensemble des possibilités de soins possibles.
- Aménager votre espace de travail de manière à pouvoir effectuer plusieurs types de traitements sans avoir à fournir d'effort supplémentaire pour les mettre en place (avoir le matériel à portée de main),
- Créer une routine de suivi du patient (par exemple, un bilan toutes les X séances), afin d'évaluer l'efficacité du traitement et ajuster vos futures décisions.
- Vous inscrire à des newsletters d'actualité scientifique, pour recevoir automatiquement des ressources.
- Affichez sur votre plateau technique ou salle de soin des visuels vous permettant d'évaluer plus objectivement vos patients.

- Utiliser des technologies numériques pour le suivi de vos patients. Ces applications présente l'avantage de recueillir de nombreuses données objectives et de vous les présenter de manière plus attrayantes et marquantes.

## Vous êtes cadre de rééducation, vous pouvez par exemple :

- Afficher les dernières recommandations à la vue de vos équipes.
- Disposer à portée de main des professionnels et des étudiants présents dans le service des bilans standardisés, des livres, des articles.
- Créer une routine de réunion de groupe régulière pour discuter des cas complexes et encourager les échanges d'expériences et de points de vue.
- Avec les étudiants en stage, profiter des mises en situation professionnelle pour les sensibiliser sur le raisonnement clinique et les familiariser avec l'utilisation de bilans standardisés.

*... Il est 16h et vous êtes sur le point de prendre en charge un nouveau patient, Monsieur B. pour un épisode aigu de lombalgies communes. Monsieur B est assis en attente de son tour ... À ce stade, en observant Monsieur B, que croyez-vous pouvoir conclure sur ce patient ?*

### Pour aller plus loin :

Thaler, Richard H. *Misbehaving: Les découvertes de l'économie comportementale.* Édition Seuil. 2018. 978-2021393972 Cleland, Joshua ; Koppenhaver, Shane.

Examen clinique de l'appareil locomoteur : Tests, évaluation et niveaux de preuve. Elsevier Masson; 4e Edition. 2022. 978-2294776120

## Le rôle du kinésithérapeute dans la construction du diagnostic et du parcours de soins en coopération avec les autres professions de santé

Jules Barbier,  
MKDE, MSc,  
Hôpital Ambroise Paré - AHPH

La construction du diagnostic et du parcours de soins ne doivent pas faire l'objet de décisions prises par une seule personne, sans concertation préalable et sans s'assurer d'avoir pris en compte l'entièreté de la situation d'un patient, mais à travers des discussions pluridisciplinaires, des partages et confrontations d'avis d'horizons différents, qui permettront d'assurer les meilleurs soins pour chacun.

Il existe plusieurs définitions du mot diagnostic et nombreuses sont celles qui se focalisent strictement sur la distinction de la maladie. Pourtant si le diagnostic médical, c'est-à-dire la détermination de la maladie, est réservé au médecin, il existe aussi des diagnostics infirmier et kinésithérapique. Celle issue du Medical Subject Headings (MeSH) donne une vision plus large : "Détermination de la nature d'une maladie ou d'une condition, ou distinction d'une maladie ou condition d'une autre. L'évaluation peut être faite par un examen physique, des tests de laboratoire ou analogues, et peut être complétée par des programmes automatisés pour améliorer le processus de prise de décision".

Si ces diagnostics servent en premier lieu à définir l'orientation des actions effectuées par les professionnels concernés, ils peuvent également fournir des informations complémentaires au médecin chargé de l'élaboration du diagnostic de la maladie.

Le parcours de soins, lui, peut être vu de deux façons différentes. La première, centrée sur la personne, représente l'ensemble des étapes que chaque patient traverse en réponse aux spécificités de sa maladie et de sa situation individuelle, tout au long de sa maladie (Riou et Jarno, 2000). La seconde, centrée sur l'organisation des soins, est une démarche consistant à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques de chacun, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme, mais aussi de développer des actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués (HAS, 2012).

Ces processus peuvent faire intervenir plusieurs professions et spécialités afin d'apporter et de confronter des points de vue différents et complémentaires sur la situation de santé du patient, son évolution passée et sa trajectoire future. Le diagnostic se construit grâce à l'intervention de toute personne en mesure d'apporter une information sur la situation actuelle du patient et/ou son évolution, incluant les médecins, les infirmiers, les rééducateurs, les aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

La construction du parcours de soin peut également faire intervenir en plus d'autres professionnels comme les assistants de service social ou encore les cadres de santé afin d'assurer l'organisation et la gestion administrative du projet. Cela nécessite une coordination des différents acteurs, qui passe par des rencontres pouvant prendre plusieurs formes : réunions pluriprofessionnelles, échanges informels, transmissions écrites, ... Si elles font intervenir systématiquement un médecin, en sa qualité de coordinateur des soins, elles peuvent être à l'initiative de tous.

Le rôle spécifique du kinésithérapeute consiste en premier lieu à poser un diagnostic kinésithérapique. Il n'existe pas de définition officielle mais selon le référentiel de compétences de la profession (Arrêté du 02 Septembre 2015), le diagnostic kinésithérapique précise le type de difficulté, dysfonctionnement, déficience, leur spécificité ou non [...] à partir du relevé des capacités du patient et du degré de sévérité de ses difficultés/dysfonctionnements”.

La notion de diagnostic kinésithérapique va au-delà d'un simple état des lieux figé, cependant dans un contexte de participation à l'élaboration du diagnostic médical, cet aperçu d'un instant va permettre d'apporter aux autres professionnels des informations sur le patient. Cette participation est d'ailleurs inscrite dans le Code de la Santé Publique qui précise que “le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution” (Article R4321-2).

Plus que d'apporter des informations, il peut même proposer au médecin des hypothèses différentes ou nouvelles sur l'étiologie de l'état d'un patient grâce à la réalisation d'examen approfondis plus spécifiques à l'exercice du kinésithérapeute.

Une fois le diagnostic kinésithérapique posé, un pronostic fonctionnel en découle. Le pronostic peut se définir comme une “prévision de l'issue probable d'une maladie sur la base de l'état d'un individu et de l'évolution habituelle de la maladie dans des situations similaires” (MeSH). Celui-ci va permettre d'anticiper l'évolution attendue des capacités du patient en rapport avec l'évolution théorique de sa problématique de santé et donc d'estimer le parcours le plus adapté en fonction de ses possibilités et de ses souhaits.

Vis-à-vis du parcours de soins, cela consiste à aider à déterminer la possibilité de maintien ou de retour à domicile et les besoins de prise en charge en rééducation (type de structure, spécificités nécessaires à la problématique, évolution attendue, durée prévisionnelle, ...).

Non content d'estimer, le kinésithérapeute, en sa qualité de prescripteur de matériel médical (Arrêté du 9 janvier 2006), peut également agir directement sur le parcours du patient en proposant des adaptations techniques adéquates.

Le diagnostic kinésithérapique, s'il nourrit le diagnostic médical, se nourrit aussi d'informations en provenance des autres professionnels de santé. Il peut être amené à évoluer en même temps que le patient, et le pronostic peut s'en trouver également modifié.

C'est alors toute la situation de ce patient, présente comme future qui peut changer. Il est pour cela important, en tant que kinésithérapeute, d'entretenir des échanges réguliers avec les autres professionnels. La réunion pluriprofessionnelle est probablement le moyen le plus simple et le plus complet pour poser un avis, car cela permet à tous de posséder au même moment les mêmes informations et c'est alors qu'une réflexion commune peut se mettre en place. Selon le fonctionnement de la structure d'activité, cela peut également être réalisé par voie écrite, notamment à l'aide d'un système informatique commun permettant d'avoir un aperçu des transmissions de tous les professionnels.

Au-delà de son rôle propre, le kinésithérapeute peut se heurter à différentes résistances extérieures limitant sa place dans la construction du diagnostic et du parcours de soins. Des leviers peuvent cependant exister pour faire évoluer les choses.

L'une d'entre elles se situe au niveau du corps médical. La place accordée par les médecins aux autres professionnels de santé n'est pas toujours la même, et étant finalement décisionnaires du diagnostic et de l'orientation du patient, il n'appartient qu'à eux d'intégrer d'autres personnes ou non. Les situations sont alors disparates d'un établissement, d'un service ou d'un médecin à l'autre. Un levier possible à l'échelle du kinésithérapeute, pour passer cette limitation, pourrait être la démonstration rigoureuse de ses connaissances et de ses compétences en posant et opposant des avis clairs et solides.

Cela permet de s'affirmer comme professionnel indépendant et non comme exécutant auprès de médecins parfois réticents ou bien encore ancrés malgré eux dans un modèle hiérarchique plutôt que transversal.

Des résistances peuvent se trouver dans l'organisation du travail des kinésithérapeutes. Les conditions ne sont pas toujours favorables à des échanges approfondis, que ce soit en raison d'une charge de travail trop importante ou d'une organisation non compatible avec celle des autres professionnels du service. Il s'agirait alors de trouver le canal de communication le plus adapté (oral/écrit, formel/informel, en groupe/séparément, ...), en concertation avec les autres professionnels afin de trouver un modèle viable pour tous.

Une réorganisation du travail autour de temps d'échanges peut s'envisager si l'on considère que cela peut finalement faire gagner du temps (diminution du temps passé à rechercher des informations sur l'évolution du patient, optimisation des objectifs de prise en charge, implication des autres professionnels dans l'autonomisation du patient, ...)

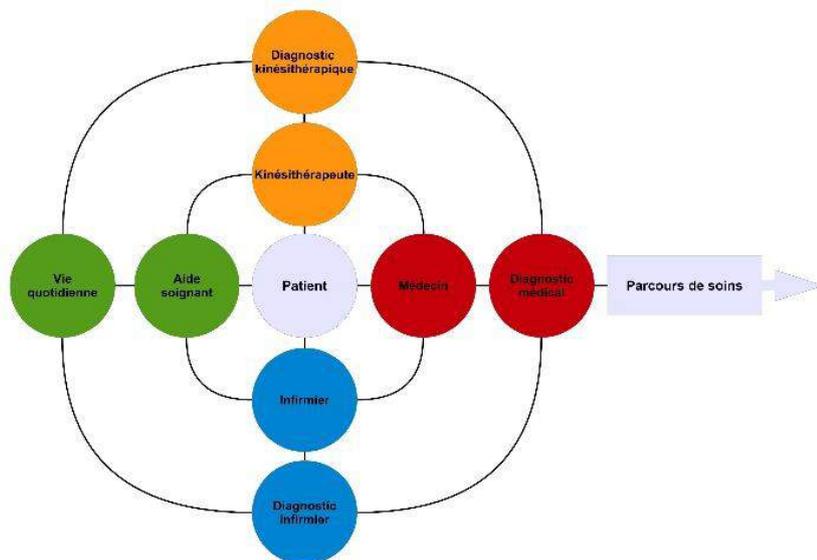
Au-delà de l'organisation des kinésithérapeutes, il peut également y avoir une problématique dans l'organisation du service ou de la structure. Les temps d'échange ne sont pas systématiques et peuvent nécessiter la coordination d'un cadre de santé ou chef de service afin de s'assurer de la présence de tous et du respect des horaires définies.

Ici, la solution est à discuter avec les personnes en charge du management des équipes ou de l'administration des services.

Là encore il s'agit de trouver un modèle acceptable par tous.

En conclusion, le kinésithérapeute, en tant que professionnel de la rééducation, possède une vision différente et complémentaire de celle des professionnels médicaux et de soins.

Celles-ci, une fois toutes réunies, permettent alors d'appréhender le patient et sa problématique de santé dans sa globalité. C'est ainsi qu'il se pose en acteur essentiel à la construction du diagnostic et du parcours de soins du patient.



Co-construction du diagnostic et du parcours de soins du patient

## Bibliographie :

- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.
- Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.
- Article R4321-2—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 11 juin 2023, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI00020953322](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00020953322)
- Haute Autorité de Santé (HAS). Questions/Réponses – mai 2012 – Parcours de soins.
  - Riou, F., & Jarno, P. (2000). Représentation et modélisation des trajectoires de soins. ITBM-RBM, 21(5), 313-317. [https://doi.org/10.1016/S1297-9562\(00\)90062-7](https://doi.org/10.1016/S1297-9562(00)90062-7)

## PRA<sup>SCOPE</sup>TICO



### KINESITHERAPIE SALARIEE & ROBOTIQUE, NUMERIQUE ....

KINESCOPE rapporte, des avis, des problématiques, et autres réflexions liés aux sujets divers, variés, intriqués de l'informatique, de la robotique, des exosquelettes, de l'intelligence artificielle, ... tous reliés eux-mêmes au « numérique ».

Dans ce KINESCOPE n°26 plusieurs approches sont proposées

### EXOSQUELETTES DE MARCHÉ : HISTORIQUE / EVOLUTION / INTERETS ET LIMITES

**PREAMBULE :** Les exosquelettes sont des structures mécaniques externes, articulées, motorisés ou non et destinées à entourer une partie du corps d'une personne afin de lui permettre d'interagir avec son environnement quotidien ou d'optimiser sa rééducation.

Il en existe pour les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs.

On en trouve dans le domaine industriel, afin de faciliter les tâches difficiles et diminuer les TMS (environ 20% du marché actuellement), mais également dans le domaine militaire (environ 30% du marché) et de la santé (plus de 50% du marché).

Nous n'aborderons dans cet article que les dispositifs destinés aux membres inférieurs et

à usage rééducatif ou d'assistance à la vie quotidienne de personnes en situation de handicap.

### INTRODUCTION

Leur développement des exosquelettes s'est fait à grande vitesse ces dernières années et n'en est qu'à ses prémices. Portée en partie, par un marché atteignant en 2022, 334 Millions de \$ avec des prévisions de 443 M\$ en 2023 et une estimation à 1250 M\$ en 2030, (source [www.grandviewresearch.com](http://www.grandviewresearch.com)), la recherche et le développement dans ce domaine vont bon train, étudiant déjà les futures quatrièmes générations de ces dispositifs ;

Plus concrètement pour les rééducateurs, nous retrouvons de plus en plus d'exosquelettes sur les plateaux techniques de centres de rééducation spécialisés en neurologie, S'ils apparaissent pour des praticiens utilisateurs comme moi, comme une avancée technologique et un formidable outil augmentant les chances de récupération de nos patients, certains restent sceptiques sur leur intérêt. Quoiqu'il en soit ils ne laissent personne indifférent. Même le président de la République, lors d'une démonstration, a été sensibilisé à cette technologie et émis le souhait de voir chaque département Français dotés de deux exosquelettes dans les années à venir.

### Essayons de voir plus clair dans ce monde «exosqueletique»

## HISTORIQUE

L'homme augmenté est un rêve qui ne date pas d'hier. Bien avant qu'Isaac Asimov écrive sa saga du cycle des robots, des rêveurs ou des scientifiques chevronnés ont essayé de concevoir sur papier ou en prototype des machines capables de transformer l'individu en homme augmenté, afin de l'aider dans ses déplacements pédestres.

Nicholas Yagn, dessina en 1890 les plans d'un exosquelette à ressort destiné à faciliter la marche. En 1917 l'Américain Leslie Kelley élabora les plans du « pedomotor », exosquelette propulsé par de la vapeur contenue dans un réservoir dorsal.

Ces deux premiers dispositifs ne dépassèrent pas le stade du prototype.

Il fallut attendre la fin des années 1960 pour voir arriver le premier véritable exosquelette de soin. Mis au point en Serbie à l'institut M Pupin par le professeur Miomir Vukobratovic et destiné à des patients paraplégiques, il était doté d'actionneurs hydrauliques et pneumatiques ainsi que de 4 capteurs de force dans chaque pied. Il fut utilisé dans les hôpitaux de Belgrade jusqu'en 1978. Plus de 100 essais cliniques furent réalisés avec ce dispositif. Il se trouve désormais au Musée polytechnique de Moscou. ❶

Cette invention fut rejointe dans les années suivantes par celle de l'américain Jack George Grundmann qui mit également au point un exosquelette à actionneurs hydrauliques et pneumatiques.

S'il était relativement léger et permettait une assistance y compris dans les escaliers, il devait être relié en permanence à un ordinateur fixe énorme, ce qui le rendait inutilisable et mit fin au projet.

Vint ensuite un grand vide jusque les années 2000, où la société Suisse HOCOMA élabora avec Géry Colombo le LOKOMAT®, exosquelette suspendu au-dessus d'un tapis roulant. Cet appareil imposant de la famille des « ground exoskeletons » qui a connu de multiples évolutions est encore produit et utilisé dans de très nombreux centres de rééducation en France. D'autres sociétés (notamment en Chine, Turquie et Corée) ont depuis mis au point des appareils concurrents un peu similaires.

Enfin les premiers exosquelettes marchant sur le sol (dits « overground ») virent le jour peu de temps après avec le ReWalk® Israélien (Argo Médical devenu ReWalk Robotics), le H.A.L® Japonais (Cyberdyne) et l'Américain eLegs® (de Berkeley robotics, ancienne dénomination de Eksobionics).

Aujourd'hui, rien que pour le domaine rééducatif, on trouve dans le monde près d'une trentaine de concepteurs, simples startups, laboratoires de recherche, universitaires ou non, sociétés de robotique ou consortiums automobiles.

Tous les appareils ne sont pas importés en France, seuls certains sont aboutis et certifiés C.E.

Il faut noter qu'à ce jour, très peu de dispositifs à orientation pédiatrique existent en dehors de l'Atlas 2030® destiné aux enfants de 3 à 14 ans, développé par le start up espagnole Marsibionics ❷ et du LOKOMAT® pédiatrique.

## CLASSIFICATION

La classification des exosquelettes overground peut être faite de multiples façons tant les conceptions d'appareils varient par :

- leurs poids (de 3 à plus de 80kilos),
- nombre de niveaux articulaires assistés (de 1 à 3 en général voire plus pour certains),
- leurs modes de déclenchements des pas (tilt du tronc, appui sur des capteurs de pression podaux par transfert d'appuis, bouton, détection d'activité électromyographique, joystick, intention motrice,)
- et par leurs types d'actionneurs (passifs ou actifs, électriques, hydrauliques ou pneumatiques) , etc..

Le plus simple est de les classer selon leur architecture externe qui regroupe schématiquement deux entités.

### 1/ **WEIGHT BEARING EXOSKELETONS.**

Dispositifs entourant la quasi-totalité des membres inférieurs et une partie plus ou moins importante du tronc.

Ce type d'exosquelette est en général mu par différents moteurs agissant sur plusieurs niveaux articulaires (2 pour la majorité). Ces appareils sont capables d'assister des patients avec des degrés de handicap sévères. On peut sous diviser ce groupe en deux catégories ;

- la 1ère avec les dispositifs ne nécessitant pas d'aide technique lors du déplacement
- le Français **Atalante**® avec 12° de liberté de la société Wandercraft,
- le Néozélandais **Rex**®, 10° de liberté de la société Rexbionics, pionnier des exosquelettes auto équilibrés,
- le Russe **Exolite**® de Exomed
- le Chinois **AutoLee II** avec 12° de liberté.

Ces dispositifs qui gèrent l'équilibre à la place du patient sont, (du fait des contraintes liées à la gestion de l'équilibre par la machine - 10 à 12 moteurs, batteries en conséquence), beaucoup plus lourds et encombrants que ceux de la deuxième catégorie.

- la 2ème catégorie composée d'appareils nécessitant l'utilisation d'aides techniques par le patient (Par exemple pour citer les plus retrouvés en France,
- l'**Ekso NR**® et l'**Indego**® de Eksobionics
- le **Rewalk**® de Rewalk Robotics,
- ou le **HAL**® de Cyberdyne)

2/ **JOINT TARGETING DEVICES.** Dispositifs agissant ponctuellement sur une ou deux articulations en amplifiant une activité motrice pré existante.

Adaptés à des patients ayant des déficiences localisées, afin de renforcer leur capacité de déambulation. Ils peuvent être unilatéraux (**CBrace**® de Ottobock, **HAL single joint**® de Cyberdyne ) ou bilatéraux (**Keeogo**® de B-Temia ou **Walking Assist**® de Honda)

Le choix final d'un dispositif dépend donc du type de lésion du patient ou du type d'utilisation prévue (personnel à usage social ou communautaire en structure de soins).

Le coût de ces appareils de haute technologie les rend encore peu abordables pour le commun des mortels ou même pour des professionnels libéraux. On les retrouve essentiellement dans des établissements ayant des budgets d'investissement conséquents.

## INTERETS ET LIMITES EN OUTILS D'ASSISTANCE A LA VIE QUOTIDIENNE.

Certains de ces dispositifs sont déjà utilisés à titre personnel notamment aux USA ou au Canada, relativement peu en Europe où le cout et l'absence de prise en charge sont des obstacles

Les retours d'expériences ③④⑤ d'utilisation quotidienne, au domicile, d'appareils de type « weight bearing exoskeletons » montrent pour les patients atteints de paraplégié complète des résultats concordants sur l'intérêt mais aussi les limites de ses dispositifs.

En particulier, la très intéressante étude de Rosane B van Dijsseldonk ④ met en évidence une satisfaction globale de l'usage de l'exosquelette dans ce qu'il amène de bien-être.

Cependant l'utilisation quotidienne est très limitée (45minutes en moyenne), orientée plutôt à l'extérieur dans une pratique d'activité physique (70%) avec une distance parcourue faible (330 pas et 120 mètres en moyenne par jour) .

L' utilisation pour l'interaction et la vie sociale étant limitée à 6% du temps Les principaux freins perçus à une utilisation plus intense sont le poids du dispositif, la lenteur de déplacement et le manque d'autonomie ( 1 à 3 heures d'utilisation continue en moyenne③) .

Les conclusions de cette étude montrent qu'à l'heure actuelle, ce type de dispositif a un haut potentiel d'aide à l'activité physique mais un petit potentiel d'aide à la vie courante.

Ces conclusions confortent celles trouvées dans d'autres études ⑤ qui relatent les besoins d'amélioration des performances des exosquelettes d'assistance avant qu'ils aient la possibilité de remplacer le service rendu d'un fauteuil roulant.

En ce qui concerne l'utilisation quotidienne des dispositifs plus légers amplifiant une activité motrice déjà présente (joint-targeting devices) de type KEEOGO, ou Walking Assist la notion d'assistance quotidienne est mieux dégagée du fait que ces dispositifs beaucoup moins lourds( moins de 7 et 3 kilos), ne font qu'amplifier la force et stabilité du patient sans le contraindre dans un schéma de marche pré défini .On retrouve ces bénéfices notamment chez des patients atteints de SEP ⑥.Le même type de bénéfices est relaté chez des patients parkinsoniens a un stade marchant chez qui l'utilisation d'exosquelettes légers permet d'améliorer l'endurance même après l'arrêt du dispositif⑦

## INTERET & LIMITES EN REEDUCATION

→ **Pour les blessés médullaires**, on peut distinguer deux catégories de patients.

Ceux ayant une atteinte motrice complète (AIS A et B) et les autres.

Pour la première catégorie de patients, le principal bénéfice de l'utilisation d'exosquelette est la satisfaction de se retrouver debout à la hauteur des personnes valides et de pouvoir retrouver la sensation de marcher .On comprend bien quel bonheur peut ressentir un patient dans cette situation .

Ethiquement parlant, il faut malgré tout se poser la question de savoir si lors du passage initial en centre de rééducation pour ce type de patient, il est ou non opportun de céder à la tentation de leur procurer ce plaisir éphémère sachant que bien souvent le deuil de l'état antérieur n'est pas fait, et que de toute façon, le patient ne ressortira pas du centre avec ce type d'appareil dans ses bagages. N'est-ce pas une façon de susciter de faux espoirs ? La question se pose.

Sur le plan médical pur, les bénéfices retrouvés dans la marche « exosquelettique » sont une amélioration du transit intestinal et de la fonction urinaire<sup>9</sup>, une légère diminution de la spasticité et parfois des douleurs neuropathiques<sup>10</sup>.

Par ailleurs certaines études parlent du bienfait de l'activité physique engendrée par la marche qui contribuerait à la prévention des troubles cardiovasculaires<sup>12</sup>.

On peut cependant observer que ces bénéfices peuvent tous être obtenus par des moyens beaucoup plus simples que l'utilisation de robotique.

Pour la deuxième catégorie de blessés médullaires (anciennement dénommés « incomplets »), les bénéfices montrés par de nombreuses études sont une amélioration des facteurs spatio temporels de la marche<sup>12</sup> et <sup>13</sup>.

→ **Pour les patients cérébrolésés**, l'utilisation de la robotique permet de mettre nos rééducations en « phase » avec ce que préconise les neuro sciences (rééducation précoce, intense et orientée vers la tâche).

En effet ce type de dispositifs, guidant la trajectoire du membre inférieur parétique dans l'espace, permet de remettre à la marche au stade sub aigue, un patient même sans aucun contrôle moteur ni tonicité et ainsi d'engager au plus vite la stimulation de la plasticité cérébrale. C'est à mon sens la meilleure indication de ce type d'appareil. De nombreuses études vont dans ce sens et une revue cochrane de 2020 aboutit à la conclusion humble mais intéressante que l'utilisation de la robotique de marche associée à nos prises en charge conventionnelles donnerait plus de chance à nos patients de remarcher de façon indépendante<sup>14</sup>.

→ Pour les patients atteints de SEP, plusieurs études montrent une amélioration des capacités fonctionnelles sans augmentation de la fatigue<sup>15</sup>, <sup>16</sup> et <sup>17</sup>.

→ Concernant les autres pathologies pouvant bénéficier des effets de ces exosquelettes (Guillain Barré, polyneuropathies, patients cérébelleux, myélites diverses, etc.), très peu de publications sont sorties à ce jour.

## DEVELOPPEMENTS A VENIR ET ESPOIRS POUR UNE UTILISATION EN QUALITE D'AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE

On perçoit bien que des axes d'amélioration de ces dispositifs sont nécessaires. Leur poids trop conséquent surtout chez ceux qui libèrent le patient d'aide technique, leur vitesse trop lente, leur manque d'autonomie, leur difficulté à franchir des obstacles et leur manque de confort pour une durée de port élevée sont les freins actuels à une utilisation dans la vie quotidienne pour remplacer le fauteuil roulant.

Cependant ils offrent un espoir inouï à des milliers de patients en termes de récupération de qualité de vie. Pouvoir revivre debout, reprendre ses occupations quotidiennes à la même hauteur que les autres citoyens est un rêve pour bon nombre de blessés médullaires notamment.

Les recherches actuellement menées dans le monde visent à résoudre les problèmes mentionnés ci-dessus en miniaturisant moteurs et batteries, en cherchant de nouveaux matériaux plus légers et /ou plus confortables. Mais par ailleurs d'autres axes de R&D cherchent à mettre au point des interfaces entre l'homme et la machine plus intuitives.

En termes de commande, le déclenchement par intention motrice de ces appareils pourrait par exemple indéniablement être un plus. Déjà à Grenoble, grâce aux travaux de l'équipe du Professeur Alim Louis Benabid en collaboration avec le CEA List et le laboratoire CLINATEC, un tétraplégique a réussi à commander par intention motrice, un exosquelette (exosquelette EMI et projet BCI) ①⑦bis.

Cette prouesse a nécessité l'implantation de groupes d'électrodes au-dessus de la dure mère en regard du cortex du patient, mais on peut imaginer que dans l'avenir, sans être intrusif, il soit possible de décoder de façon externe les signaux d'intention motrice et de les transformer par algorithmes en ordres donnés au dispositif.

Un autre axe de recherche se fait sur l'interaction machine /environnement.

A l'heure actuelle, les exosquelettes capables de changer d'activité (monter un escalier ou faire des transitions assis debout par exemple) nécessitent une action spécifique du patient (mouvement particulier du corps, réaction manuelle sur un déclencheur) ou un temps dédié pour que l'exosquelette détecte le changement d'activité à venir (KEEOGO). Les technologies de reconnaissance de l'environnement par capteurs visuels et deep learning en cours de développement permettront sans doute aux exosquelettes, dans le futur, d'anticiper un obstacle et de s'adapter en temps réel à un changement d'activité (montée d'un escalier par exemple) ①⑧et①⑨

## CONCLUSION :

On le voit, ces dispositifs n'en sont qu'aux prémices de leur développement. Dans leur utilisation en rééducation, les preuves d'efficacité encore trop peu nombreuses méritent plus d'études de hauts niveaux. Manquent également des protocoles clairement établis par pathologie.

Cela étant, ces appareils de robotique, pour ceux qui ont la chance de pouvoir les utiliser, sont de formidables outils rééducatifs complémentaires des rééducations neuromotrices conventionnelles.

Les patients apprécient la capacité de se remettre à la marche précocement. Le fait de pouvoir déambuler directement sur le sol et se déplacer dans les couloirs d'un centre de rééducation, en dehors même des plateaux techniques augmente l'implication des patients à leur prise en charge car ils se retrouvent dans des situations de vie où ils se reconnaissent.

Cette adhésion à leur traitement est un élément déterminant dans leur participation active (toujours optimisée par l'intelligence artificielle de certains exosquelettes de rééducation pure qui ne font qu'aider le patient dans la partie du cycle de marche qu'ils n'arrivent pas à réaliser eux-mêmes). C'est en ce sens que ce sont de véritables outils pour faire progresser les patients et non des machines pour les promener passivement. Pour les kinésithérapeutes, ces dispositifs permettent de réaliser des tâches motrices intenses souvent difficiles voire impossibles avec des appareils de rééducation classiques ne guidant pas les membres dans l'espace. Reste à les rendre plus abordables, tant pour les praticiens que pour les patients.

**Pierre MAY-CARLE**  
*Kinésithérapeute référent*  
**CRF PASORI 58200 COSNE SUR LOIRE.**  
*Formateur en robotique*

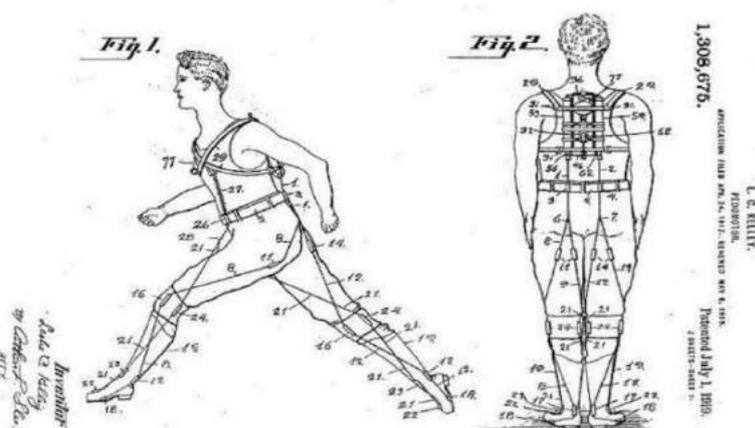
## BIBLIOGRAPHIE

- ❶ [www.machatec.co.uk](http://www.machatec.co.uk)
- ❷ [www.marsibionics.com](http://www.marsibionics.com)
- ❸ Robotics for reengaging in everyday activities : promises, pitfalls, and opportunities ;Heather Fritz and AI [doi.org/10.1080/09638288.2017.1398786](https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1398786)
- ❹ exoskeleton home and communiti use on people with complete spinal cord injury. Rosane B van Dijsseldonk and AI ; Nature. Article 15600
- ❺ Exoskeleon for personal use after spinal cord injury. Kandilakis et AI : Arch.Phys.Med.Rehabil <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.05.028>
- ❻ Effect of using a lower-extremity exoskeleton on disability of people with multiple sclerosis. Chris MacGibbon et AI Disabil Rehabil Assist Technol, 2021 Jan 27;1-8.[doi:10.1080/17483107.2021.1874064](https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1874064).
- ❼ Efficacy of wearable device gait training on parkinson's disease.Noriko Kawashima et AI .Intern Med 2022.
- ❽ Systematic review on wearable lower limb exoskeletons for gait training in neuromuscular impairments. Antonio Rodriguez Fernandez et AI. JNeuroEngineering Rehabil (2021) [doi.org/10.1186/s12984-021-00815-5](https://doi.org/10.1186/s12984-021-00815-5)

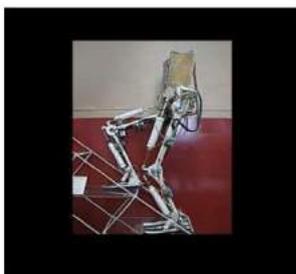
❾ Bowel and bladder functions during and after robotic exoskeleton assisted walking overground training in S.C.I persons .Stampacchia et AI . ISCOS meeting of Dublin , Ireland,24-26 october 2017

- ❶❶ Walking with a powered roboticexoskeleton: subjective experience , spasticity and pain in S.C.I . Stampacchia et AI ,Neurorehabilitation 2016,DOI 10.3233/NRE-161358
- ❶❶ Robotic Rehabilitation and Spinal Cord Injury: a Narrative Review. Meki M et AI. Neurotherapeutics 2018 jul 15 (3): 604–617
- ❶❷ Gait training after spinal cord injury: safety, feasibility and gait function following 8 weeks of training with the exoskeletons from Ekso Bionics. C.B Bounsgaard et AI. Spinal cord2018 Feb;56(2):106-116. doi: 10.1038/s41393-017-0013-7. Epub 2017 Nov 6
- ❶❸ Exoskeleton assisted gait training to improve gait in individuals with spinal cord injury: Chang SH et AI. a pilot randomizes study .Pilot and Feasibility Studies2018;4:62
- ❶❹ Electromechanical-assisted training for walking after stroke. Mehrholz Jan et AI. Cochrane Dtabase Syst Revue 2020 doi 10.1002/14651858/cd006185,pub4
- ❶❺ Feasibility of intregrating robotic exoskeleton gait training in inpatient rehabilitation . Swank C et AI Disabil Rehabil Assist Technol. 2019 Mar19;1-9.[doi 10.1080/17483107.2019.1587014](https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1587014)
- ❶❻ What is the impact of robotic rehabilitation on balance and gait outcomes in people with multiple sclerosis? A systématique review of randomized control trials. Thomas Bowman et AI Eur Phys Rehab Med. 2021 Apr;57(2):246-253;[doi 10.23736/S1973-9087.21.06692-2/](https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06692-2/) What does evidence tell us about the use of gait robotic devices in patients with multiple sclerosis? A comprehensive systematic review on functional outcomes and clinical recommendations Calabro R.S September 2021.European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine57(5).DOI:10.23736/S1973-9087.21.069156 /
- ❶❼ Raket Berriozabalgoitia et AI .overground robotic program preserves gait in individuals with Multiple Sclerosis and moderate to severe impairments: A randomizes Controlled Trial <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.12.002>
- ❶❼bis <http://www.clinattec.fr/recherche/nos-projets/le-projet-bci/>
- ❶❽ Environment classification for robotic prothèses and exoskeletons using deep convolutional neural Networks. Brokoslaw Laschowski et AI. Frontiers in Neurobotics 2022 doi: 10.3389/fnbot.2021.730965
- ❶❾ Stair recognition for robotic exoskeletons controle using computer vision and deep learning. Andrew Garret Kurbis et AI doi: <https://doi.org/10.1101/2022.04.11.487925>

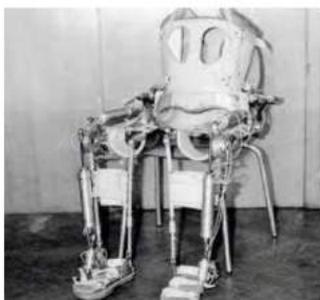
## EXOSQUELETES DE MARCHÉ : ICONOGRAPHIES



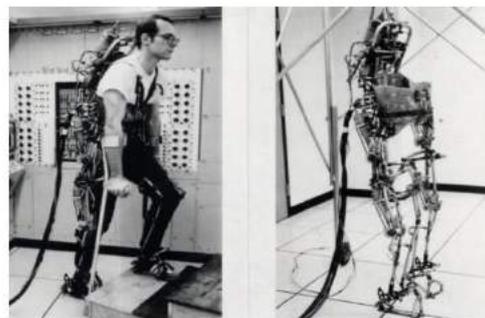
Pedomotor de Leslie C Kelley



Exosquelette Kinematic Walker mis au point par le Prof Vukobratovic à l'institut Mihajlo Pupin



Exosquelette mis au point par le Prof Vukobratovic



Jack George Grund

## EXOSQUELETTES DE MARCHÉ : ICONOGRAPHIES



REWALK® Rewalk Robotics

(image issue du site rewalk.com)



SMA WALKING ASSIST® (HondaR&D)

(image issue du site comptoir des solutions)



EKSO NR® (Eksobionics)

(image issue du site Eksobionics.com)



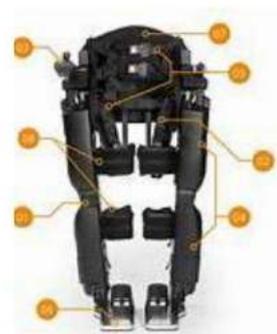
ATALANTE X (Wandercraft)

(image issue du site 3w.robotsetcompagnies.com)



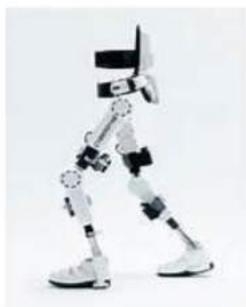
KEEOGO®(B-TEMIA)

(image issue du siteHerculife.com)



REX ®(RexBionics)

(image issue du site Rexbionics.com)



HAL®(Cyberdyne)

(image issue du site sciencepost.fr)



INDEGO® (Eksobionics)

(image issue du site medicalexpo.fr)

## PRA<sup>SCOPE</sup>TICO



### 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.

### IMPACT DE LA REFORME DU FINANCEMENT DES SMR SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES REEDUCATEURS SALARIES

Réflexions et perspectives

Qui se souvient des temps anciens d'avant 1983 année de mise en place du Projet de Médicalisation d'Information pérennisé sous l'appellation Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ?

Pour rappel, il existe deux grandes catégories d'activités, définies par le code de la santé publique :

- l'**activité dite indifférenciée** ou **polyvalente** qui comprend les missions



- et l'**activité dite spécialisée** qui recouvre l'accueil des patients dont la prise en charge est particulièrement complexe dans les affections
  - de l'appareil locomoteur,
  - du système nerveux,
  - du système cardio-vasculaire ou respiratoire,
  - du système digestif, métabolique ou endocrinien,
  - ou encore, l'accueil de grands brûlés,
  - de personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, souffrant de maladies onco-hématologiques ou liées à des conduites addictives.

Les activités pédiatriques ont été redéfinies dans un champ spécifique.

Le codage des activités fait partie des pratiques professionnelles des rééducateurs salariés, qu'ils exercent dans le privé ou le public en SMR, depuis plus de vingt ans,

- en référence au CdARR de 1998 à 2012,
- et en référence au CSARR depuis 2012.

Cet outil de description de l'activité des établissements qui regroupe les hospitalisations au moyen d'un algorithme prend un poids déterminant dans le financement des SMR ainsi que l'indiquent les tutelles :

*« En 2023, les règles de financement sont harmonisées entre secteurs et territoires et les établissements publics et privés de SMR financés selon un modèle identique, piloté pour une partie au niveau régional...mise en place d'un modèle mixte composé*

- *d'une part à l'activité, qui reste valorisée sur la base de tarifs nationaux et qui bénéficiera des travaux engagés pour améliorer les outils de description et de valorisation de l'activité afin de mieux prendre en compte les prises en charge spécialisées en SMR ;*
- *d'une part forfaitaire qui permettra de répondre aux attentes des acteurs en termes de stabilité et de lisibilité pluriannuelle des financements de manière à accompagner dans les meilleures conditions les nécessaires transformations de l'offre de soins en SMR, en faveur du développement de l'ambulatoire notamment. »*

Il est légitime que l'état mette en place des outils de répartition des moyens financiers sur le territoire, et la prise en compte du facteur populationnel est intégré dans les nouvelles règles de calcul.

La redéfinition des Plateaux Techniques Spécialisés (PTS) en termes d'outils requis et de ressources humaines ciblées (mais non quantifiées) impacte inévitablement les pratiques managériales, en particulier le recrutement, le ciblage des investissements et les pratiques quotidiennes des rééducateurs dans leur activité de soin et d'accompagnement des parcours de professionnalisation.

## Pratiques des rééducateurs

L'harmonisation et la rigueur de la démarche de soins des patients en rééducation est étayée par l'obligation de tracer les évaluations dans le dossier pondérés avec les modulateurs de technicité en particulier.

Cet aspect là ne peut être considéré que comme positif pour conforter la reconnaissance d'une activité professionnelle par une traçabilité accrue. En revanche le questionnement des professionnels sur le choix de l'acte ou de la séquence d'actes « les plus rentables » pour rendre compte de l'activité nous éloigne de l'identification des besoins propres à chaque personne hospitalisée.

Il est indéniable que le référentiel du nombre d'actes et de leur typologie oriente les patterns de prise en charge, mais surtout les confirme pour la plupart des parcours patients. L'utilisation d'outils d'évaluation et de rééducation est le reflet de l'évolution de la pratique masso kinésithérapique, en particulier, vers un modèle anglo saxon, avec plus d'interfaces entre le « corps outil » du professionnel et le patient : allègement du poids, analyse quantifiée de la marche, isocinétisme.

La transmission du savoir-faire du « rééducateur codeur » aux étudiants en stage, reste dans notre expérience la dernière envisagée par les tuteurs de stage, la partie administrative du travail ne faisant pas encore partie intégrante de la représentation du métier.

## Pratiques managériales et recrutement

L'utilisation des obligations réglementaires, en général, pour aider à améliorer les pratiques et leur traçabilité, même s'il n'est pas suffisant, reste un outil de légitimation de l'évolution de celles-ci vers une intégration d'une démarche qualité indispensable à l'élaboration des cursus professionnels socles de disciplines reconnues.

En revanche, la non-spécification des actes par métier peut entraîner des glissements de tâches et le recrutement de professionnels très présents sur le marché du travail en remplacement de métiers en tension. La place des Enseignants en Activités Physiques Adaptées est clairement posée dans les attendus des PTS, et la non-lisibilité des effectifs sous forme de ratios conduit à ces glissements.

## Impact sur les investissements

Il est clair que les entreprises développant de nouvelles technologies ont complètement intégré les nouvelles règles de financement et proposent d'accompagner le montage de dossiers de financement après avoir œuvré pour faire intégrer leur matériel dans les listes de référence.

Les obligations réglementaires flèchent les dispositifs incontournables pour bénéficier des labellisations.



L'aspect positif est d'avoir de nouveaux arguments pour légitimer des investissements plus coûteux. Il reste à soutenir l'investissement des équipes dans leur utilisation au quotidien.

On peut noter la place de plus en plus importante prise par les Départements d'Information Médicale (DIM) dans le positionnement stratégique des établissements.

## En conclusion

Tous ces éléments sont à observer avec vigilance pour ne pas laisser l'évolution de nos pratiques professionnelles guidée uniquement par leur financement optimisé ou par le lobbying de sociétés d'intérêt privé. Tous ces éléments seront développés dans un prochain article à paraître à l'automne.

André Gibelin  
CDSMK



## DECLIN et RENAISSANCE DU CONCEPT DE READAPTATION EN FRANCE

Dans les ordonnances de 1958, le terme de réadaptation était utilisé dans son acception internationale. Partout intimement lié aux politiques du handicap, il a été occulté par la fragmentation issue des lois de 1970 et 1975 entre le secteur sanitaire d'une part et le secteur de l'action sociale et médico-sociale d'autre part.

Cette fracture institutionnelle s'est accentuée avec les lois de décentralisation qui ont séparé les services déconcentrés de l'Etat et les services décentralisés à destination notamment des personnes âgées et handicapées. Le modèle de la « machine à guérir », qui a surplombé la gestion des hôpitaux, des soins de ville et de la recherche biomédicale, a poussé à distinguer la rééducation, contribuant à la guérison par ce qui « récupère », de la réadaptation pour « ce qui ne récupère pas ».

Cela a abouti à l'acception réduite et dévalorisante de la réadaptation dans la séquence française des « trois R » : rééducation, réadaptation et réinsertion.

La crainte d'être exclu du champ curatif tant sur le plan académique qu'organisationnel et financier était constante chez les acteurs.

Cette segmentation a entraîné une instabilité terminologique inflationniste avec l'anglicisme « *réhabilitation* », le rétablissement, la restauration, la revalidation qui n'ont fait qu'ajouter à la confusion. De plus, cette séquence introduisait une dimension externe à la réadaptation pour l'intégration ou l'inclusion sociale.

De l'autre côté du grand rift institutionnel, la réadaptation fut bannie des politiques du handicap du fait, dans les années soixante-dix, de l'assimilation de la réadaptation par certaines associations militantes et par les *disabilities studies* à un modèle purement médical ou individuel du handicap.

L'instruction du 28 septembre 2022 relative aux Soins médicaux et de réadaptation (SMR) revient à la définition internationale de la réadaptation, traduction de l'anglais *rehabilitation*. Elle peut être qualifiée de changement de paradigme.

La France a enfin adopté une définition claire et intégrative de la réadaptation. Cette clarification tardive au regard des recommandations internationales a été freinée par la pesanteur institutionnelle.

Sous le terme générique de réadaptation, la « rééducation » devient synonyme de réadaptation centrée sur la fonction et s'associe à la réadaptation centrée sur l'inclusion sociale.

## Les nouvelles missions des SMR définies par l'instruction du 28 septembre 2022

Nouvelles missions des SMR : instruction du 28 septembre 2022	Nomenclature fonctionnelle internationale ICHA-HC	Nomenclatures descriptives internationales et nationales	Modes de financement possibles
Mission de « prévention »	HC.6	CIM et CIF	Hors activité
Mission de « soins médicaux curatifs » : diagnostic et traitement des maladies	HC.1	CIM	Groupes homogènes de diagnostics de pathologie
Mission de « réadaptation » Nécessité de la mise en cohérence avec le périmètre du CSARR	HC.2	CIM et CIF Statut fonctionnel Potentiel de réadaptation	Groupes homogènes de diagnostics de réadaptation Paiement par programmes de soins au séjour ou à la séquence
Mission de « soins de transition » Soins et accompagnement des personnes en perte d'autonomie stabilisée	HC.3	CIM et CIF Statut fonctionnel CSARR / ICHI Facteurs socio-environnementaux	Paiement à la journée pondérée par l'activité Enveloppes complémentaires hors activité
Mission de « coordination »			Enveloppes complémentaires

La réadaptation est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement ».

La clarification terminologique permet la reconnaissance organisationnelle et financière de la réadaptation précoce et de longue durée, en deçà et au-delà des soins post-aigus

### Correspondance conceptuelle : des trois R à la définition générique de la réadaptation

Segmentation des 3 R selon Bardot	2022 la réadaptation devient un terme générique
Confusion entre SSR et réadaptation	Réadaptation précoce et au long cours
Rééducation : ce qui récupère	Réadaptation centrée sur la fonction
Réadaptation : ce qui ne récupère pas	
Réinsertion : inclusion sociale	Réadaptation centrée sur l'intégration ou l'inclusion sociale

Si l'on peut se féliciter d'une telle avancée, il reste indispensable de définir un périmètre précis à la fonction de réadaptation pour l'intégrer au système d'information, à l'organisation des soins et à leur financement : ni curative, même si elle contribue à la guérison, ni confondue avec les soins d'accompagnement de la perte d'autonomie stabilisée, ni avec les activités contribuant à la santé physique et mentale, ni encore avec les soins de bien-être et de confort ni enfin avec des activités d'efficacité non prouvée.

Le PMSI-SMR ne comporte pas aujourd'hui d'outil d'identification du potentiel de réadaptation.

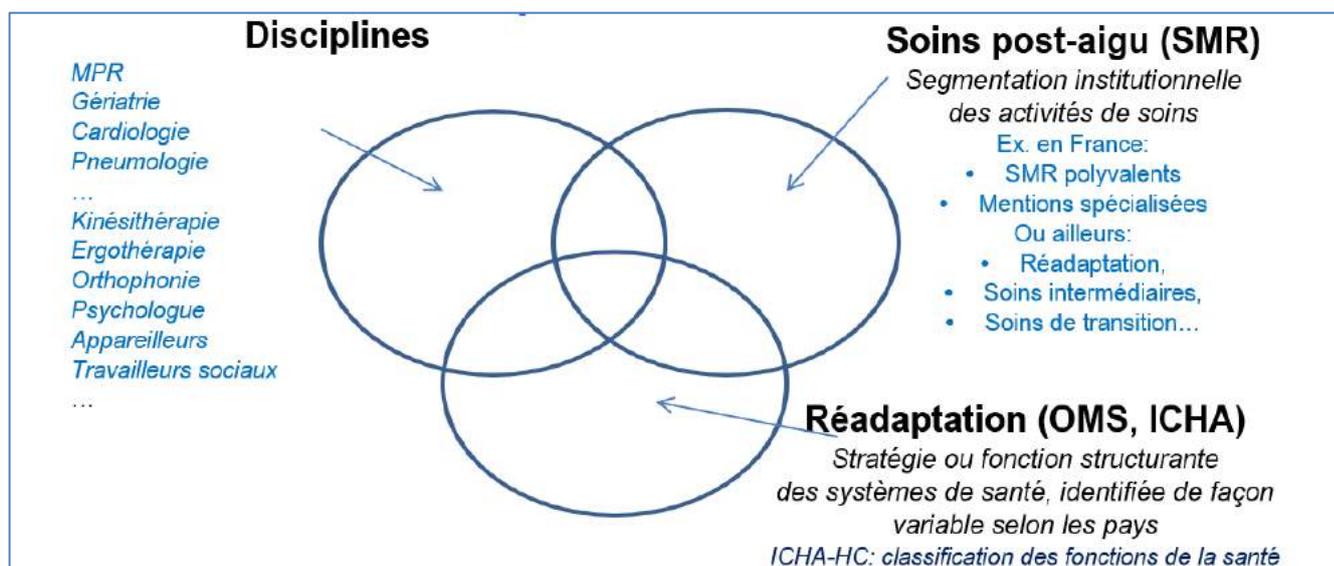
Le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) est le seul outil en mesure de capter *a posteriori* la consommation de ressources à partir d'un périmètre exubérant de professionnels et d'actes dont certains ne sont pas spécifiques de la réadaptation selon sa nouvelle définition.

La réforme en cours du CSARR, qui va devenir CSAR, est un enjeu crucial pour que la réadaptation ne reste pas un OVNI (objet de valorisation non identifié) en SMR ou dans les autres secteurs de notre système de santé : soins de ville, établissements de soins de toute nature et secteur médico-social.

## Disciplines, fonctions de la santé et prestataires

Si l'OMS identifie les professions les plus impliquées dans la fonction de réadaptation, ni la MPR, ni les professions dites de « rééducation » ne se résument à ce champ puisqu'elles comportent notamment des interventions de prévention et de soins médicaux curatifs

Jean-Pascal Devailly  
Président du SYFMER



# ASSO VIE de l'ASSO SCOPE



*La rubrique de KINESCOPE  
qui vous informe de la vie associative du CNKS*

*Composition & calendrier :*

- ✓ *des instances, des groupes de travail,*
- ✓ *des Soirées Thématiques en visio (STKS)*
- ✓ *des Journées Nationales -Séminaire annuel (JNKS)*



## Le CNKS en représentation et participation à des évènements qui intéressent les Kinésithérapeutes salariés.



21 JUIN 2023 au CHU de Bordeaux  
1<sup>er</sup> rendez vous  
de l'innovation paramédicale  
sujet prospectif,  
déjà bien réel  
dont les #MKsSalariés  
sont acteurs



Sophie Trichot (CHU Reims) Thomas Rulleau (CHUNantes) et Pierre Henri Haller (CHU Marseille) tous trois membres du CA du CNKS y participaient.

Ph. Wibart (MK) & E. Berteau (CSSMK) CHU Bordeaux,  
@phhaller président CNKS, @MatthieuGMN président sfphysio, @trulleauPT\_PhD

Sur LINKDIN : Présent aujourd'hui à la première journée de l'innovation paramédicale organisée à #Bordeaux. De belles discussions en perspectives notamment sur l'évolution du rôle en première ligne des soignants et leur importance dans les développements technologiques. Bravo au Collège National de la Kinésithérapie Salariée CNKS pour être Co-organisateur de cette journée

**Matthieu Guemann**



Pour retrouver le programme et écouter les podcasts sur youtube.com :

<https://france-biotech.fr/le-rdv-de-linnovation-paramedicale/>



Et le même jour à Poitiers  
participation de Julien Groues

sur une table ronde avec les représentants de SFPAPA,  
de la Fédération psychomotriciens, de l' ANFE

aux journées Longevity International :  
« Aîné-e-s et professionnel-le-s  
Un dilemme de sens commun »

**A L'ATTENTION DE CELLES & CEUX (\*)  
QUI N'ONT PAS ENCORE EU L'OCCASION  
DE PRENDRE LES QUELQUES MINUTES NECESSAIRES**

adhérent membre abonné ou membre correspondant  
ou destinataire à titre gracieux de KINESCOPE  
car ayant récemment participé à nos enquêtes, à une STKS ou Séminaire National JNKS

nous vous proposons de continuer à participer à la vie  
de **la seule association dédiée spécifiquement**  
à la promotion et à la défense de **l'exercice salarié**

en renouvelant votre engagement  
et adressant votre **cotisation** ( membre abonné : 15€ ou membre correspondant 20€ )  
grâce au lien ci-dessous :

~~> <https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2023>

**L'ASSEMBLEE GENERALE du CNKS aura lieu  
le jeudi 5 octobre 2023 à partir de 17 h à ROUEN.**

Les adhérents membres abonnés et membres correspondants  
recevront dans le courant de l'été une convocation.

NB : seuls les adhérents membres correspondants,  
à jour de cotisation 2023, y auront droit de vote.

## 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**

**CHU**  
ROUEN NORMANDIE

JNKS Session de formation continue du Collège National de la Kinésithérapie Salariée  
administrée par KOP n° Siret : 38805089000044 n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK 0035038 & QUALIOPI 2020  
Informations et renseignements : [formations.kines@kineouestprevention.com](mailto:formations.kines@kineouestprevention.com)

JNKS 2023 conçues et réalisées par administrées par

en partenariat et avec le soutien de :



8 h 15 **Accueil - Emargements** **Café - Visite partenaires**9 h 00 à 13 h 00 : **SESSION 1**

- Pratiques Professionnelles ... & Politiques Publiques

- Allocutions d'ouverture**
- Kaléidoscope(s) des évolutions professionnelles**  
*Pierre Henri Haller, CSS MK Président CNKS (13), Olivier Saltarelli, CDS MK, Directeur ESMS, Secrétaire Général CNKS (21),*
- Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) : Communication & Projet**  
*Pauline Wild, CDS MK (95)*
- #MKSsalarié-e & Handicap visuel**  
*Anne-Sophie Centis, MK (59) & Fanny Arnaud, CDS MK (69)*

- Pratiques Professionnelles ... & retours d'expériences ... & recherche(s)

- #MKSsalarié-e & Kinésithérapie respiratoire chez les patients obèses**  
*Marine Mervelet, MK (54)*
- Evaluation et Réhabilitation avant chirurgie oncologique**  
*Fairuz Boujibard, MK Clinicienne Chercheuse, PhD (76)*

- Pratiques Pro & Interprofessionnelles : ... & retours d'expériences ... & recherche(s)

- L'interpro : concept(s), théorie(s) et modèle(s)**  
*Jennifer Mary, CDS TERM, Doctorante (14)*
- #MKSsalarié-e & Communauté de pratiques en rééducation**  
*Laetitia Buisson, CSS MK (78)*
- #MKSsalarié-e & Urgences**  
*Guillaume Le Sant, MK PhD, Marie Blandin, MK & Marie Gallet, MK (44)*

13 h 00 : **Déjeuner** 13 h 30 : **Accueil - Emargements** **Café - Visite partenaires** 14 h 00 à 17 h 30 : **SESSION 2**

- Pratiques Professionnelles ... Formation Initiale & Encadrement

- « L'apprenant traceur » : valoriser l'expérience de stage**  
*Emmanuelle Estève, CDS Infirmière, coordinatrice stages (76)*
- « La classe inversée » : un nouvel angle d'apprentissage**  
*Loïc Martin, CSS Infirmier formateur, PhD (76)*

- Pratiques Professionnelles ... & Encadrement

- L'IA remplacera-t-elle les soignants ?**  
*Guillaume Davy, Manipulateur en radiologie, Coordinateur paramédical de la Recherche (86)*
- La transformation numérique s'inscrit-elle dans le développement durable ?**  
*Sophie Trichot, CSS MK (51) sous réserve de confirmation*
- Environnement numérique et cadre de santé**  
*Loïc Martin, CSS Infirmier formateur IFCS, PhD (76)*
- Table ronde : Encadrement de proximité & cadre « hors filière »**  
*Aurélien Auger, CDS MK (76), Anne Sophie Despres, CDS MK (76), Jennyfer Come CSS Podologue (95)  
Laure Plate CDS Infirmière (76), Julia Prieur CDS Ergothérapeute (76),  
Pierre-Henri Haller, Président du CNKS & Dominique Combarous, Présidente de l'ANCIM*

**Assemblée plénière CNKS****Réception officielle****Soirée conviviale**

JNKS 2023 conçues et réalisées par administrées par

en partenariat et avec le soutien de :



8 h 00 : Accueil - Emargements - Café - Visite partenaires

8h 30 à 13 h 00 : SESSION 3

- Pratiques Professionnelles, retours d'expériences & recherche(s)

- **Ma Thèse en 180 s ...&...les projets de recherche en rééducation respiratoire dans mon Centre Hospitalier**  
Margaux Machefert (76)
- **#MKSsalarié-e & Téléconsultation**  
Thomas Davergne, MK (75) & Directeur Scientifique Axomove (59)
- **#MKSsalarié-e & Robotique : l'exosquelette**  
Pierre May Carle, MK référent (58)

- Pratiques Professionnelles, retours d'expériences & recherche(s)

- **#MKSsalarié-e & parcours populationnels**
  - en gériatrie Astrid Vanheule, MK (76)
  - en pédiatrie MK du Pôle FME (76) & en SRPR pédiatrique Anne-Sophie Centis, MK (59)
- **Table ronde : #MKSsalarié-e & HAD R**  
Céline Rampsacher, CSS MK (77), Martin Vellard, MK (41), Véronique Egal DS, MK (95)

- Pratiques Professionnelles ... Contexte & Environnement

Présidence de séance :

- **#MKSsalarié-e & risques psycho-sociaux**  
Andrée Gibelin, CDS MK (74) & un représentant de SPS
- **Quelle place donner à l'empathie pour la survie de notre société ?**  
Philippe Stévenin, CDS MK, Dr. en Sciences de l'Education

13 h 00 : Déjeuner

13 h 30 : Accueil - Emargements - Café - Visite partenaires

14 h 00 à 16 h 30 : SESSION 4

### Pratiques Professionnelles & Perspectives cliniques : à l'aune de politiques publiques et professionnelles

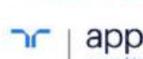
**Tables rondes #MKSsalarié-e & Parcours et organisation de soins / Parcours Professionnel Curriculaire :**  
animées par : Pierre-Henri Haller, CSS MK, Président CNKS (13) & Matthieu Guémann, MK PhD, Président SFP (45) (en attente de confirmation) avec la participation en grand témoin de France Mourey, CDS MK, Professeur Emérite des Universités (21)

- **Effectifs & Ratios**
- **Accès direct, Pratiques orientées et expertises, et MK en Pratique Avancée (MKPA)**  
avec la participation de Julie de Victor, IPA PhD, Présidente du CNP IPA,
- **Recherche et MK Clinicien Chercheur (MKCC)**  
avec la participation de Fairuz Boujibard, MK Clinicienne Chercheuse, PhD (76)
- **Accompagnement des compétences professionnelles : Formation(s) Continue(s) et Certification**  
avec la participation de Jacques Vaillant, CDS MK, PhD, Chef de projet HAS (93)  
& Stéphane Fabri, MK, Président du CNP CMK 75 (en attente de confirmation)

JNKS 2023 conçues et réalisées 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](mailto: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 à .....le...../...../.....

**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
Judi 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"/>
<b>Total (à reporter) :</b>	= ..... €	= ..... €
A partir du 12 septembre : tarif majoré	adhérent *	non adhérent
Judi 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"/>
<b>Total (à reporter) :</b>	= ..... €	= ..... €

\* à jour de la cotisation 2023 au CNKS

[ cf. ~-> [www.cnks.org](http://www.cnks.org) ]

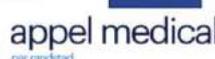
A réception du dossier complet dûment constitué (inscription individuelle réglée ou convention signée) KOP transmettra les informations définitives relatives aux JNKS (confirmation de convocation, information pratiques...)

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 assujetti à la TVA ]

JNKS 2023 conçues et dispensées par

administrées par

en partenariat et avec le soutien de :



# Kaleïdoscope



*La rubrique de KINESCOPE  
qui s'efforce de retransmettre des informations  
diverses et variées sur le monde de la santé,  
le monde du soin, le monde de la réadaptation,  
le monde de la kinésithérapie.*





## AU NOM DES LOIS & AUTRES REGLEMENTATIONS

**Autoriser à « PRATIQUER SON ART (pour le masseur-kinésithérapeute) SANS PRESCRIPTION MEDICALE » dans certaines conditions ou autrement dit permettre « l'ACCES DIRECT (pour les patients) A UNE PRISE EN CHARGE par un masseur-kinésithérapeute.**

**LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.**



**Cette loi a promulgué la possibilité « Par dérogation [ au neuvième alinéa du présent article, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code, dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le**

**cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code ] le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale ...**

Une décision « historique » pour la profession ! Un texte qui a fait l'objet de vifs débats à l'Assemblée Nationale comme au Sénat, au sein des organisations médicales, et dans la presse. Une décision « historique » pour la profession que l'ensemble des syndicats représentants les libéraux et le CNOMK ont - à des degrés divers - saluée cette avancée mais, à juste titre à notre avis, en relevant les contraintes et entraves subsistantes d'enjeux réglementaires et d'usage encore à expliciter...

[ Le 23 mai à l'occasion d'une visio-conférence la présidente du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Pascale Mathieu, a indiqué que « cet accès direct est un long cheminement pour les kinésithérapeutes et une véritable étape structurante pour la profession. [...] Après toutes ces années où nous avons voulu que la profession se défasse de ce statut d'auxiliaire, il s'agit d'une véritable révolution dans l'organisation du système de santé ».

Le secrétaire général du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Jean-François Dumas a poursuivi avec une explication plus concrète de l'accès direct : « Ce texte met un terme à 77 ans d'une pratique commune à tous les auxiliaires médicaux, celle de ne pouvoir exercer que sur prescription médicale. Pour la première fois, le kinésithérapeute peut prendre en charge, certes de manière aujourd'hui restreinte, un patient sans prescription médicale. »

Il a reconnu que le dispositif de la loi était très limité pour les libéraux mais qu'il concernait en revanche tous les kinésithérapeutes salariés, soit plus de 19 000 professionnels. Il a rappelé que malgré les restrictions pour les kinésithérapeutes libéraux, des solutions existent.

**Extraits et infographie explicative (présentée ci-après) à retrouver sur le site web du CNOMK.**

20 mai 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 2 sur 202

### Article 3

I. – Après le neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au neuvième alinéa du présent article, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code, dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale, dans la limite de huit séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci. »

II. – L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « conventionné », la fin du 1° est ainsi rédigée : « , les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et les structures d'hébergement de toute nature et les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale ; »

2° Sont ajoutés des 10° et 11° ainsi rédigés :

« 10° Les modalités d'application de la seconde phrase du dixième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique ;

« 11° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la prise en charge des patients atteints d'une affection de longue durée et l'orientation de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes vers les priorités de santé publique. »

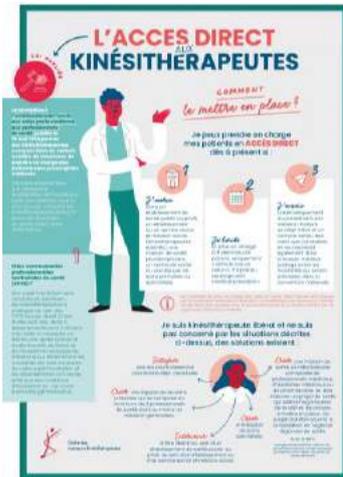
III. – L'article 73 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est abrogé.

IV. – A titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de cinq ans, dans six départements dont deux départements d'outre-mer. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent IV, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Si les avis prévus à la première phrase du présent alinéa n'ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine, ces avis sont réputés avoir été rendus.

Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Cette Loi du 19 mai 2023, publiée au Journal officiel du 20 mai 2023, portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé s'inscrit en réponse à la pénurie de médecins, et introduit des dispositions similaires aux infirmiers en pratique avancée (IPA), et aux orthophonistes. Elle élargit de plus les compétences de plusieurs professions paramédicales et revoit la permanence des soins.



Dès à présent, les kinésithérapeutes exerçant au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou d'un service social et médico-social, d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un centre de santé ou d'une équipe de soins primaires ou spécialisés peuvent prendre en charge des patients en accès direct, c'est-à-dire sans prescription médicale.

extraits du site du CNOMK

Au-delà de l'historique (cf. KINESCOPE n°14 de Décembre 2021 [www.cnks.org](http://www.cnks.org)), de la rhétorique, des dispositions, et présupposés théoriques de cette indubitable, mais encore relativement timide, reconnaissance professionnelle c'est désormais la mise en pratique qui reste diaphane voire problématique.

L'esprit initial de la Loi semble être - sans cesse rappelé par leurs porteurs - de pallier les déserts médicaux en faisant confiance aux auxiliaires médicaux pour prendre en responsabilité des actes aujourd'hui délaissés ou non effectués dans le but de répondre aux demandes légitimes des citoyens patients, mais aussi d'accorder une émancipation professionnelle en miroir de modèles internationaux des activités des auxiliaires médicaux et de l'universitarisation de la formation.

Dans cet esprit il eut été normal que cette autorisation d'exercice sans prescription soit accordée certes à tout professionnel mais peut être surtout et avant tout aux collègues libéraux.

En pratique et en fait d'une certaine façon les prises en charge kinésithérapiques par des salarié-e-s au sein des établissements de santé sont très souvent protocolisées et donc

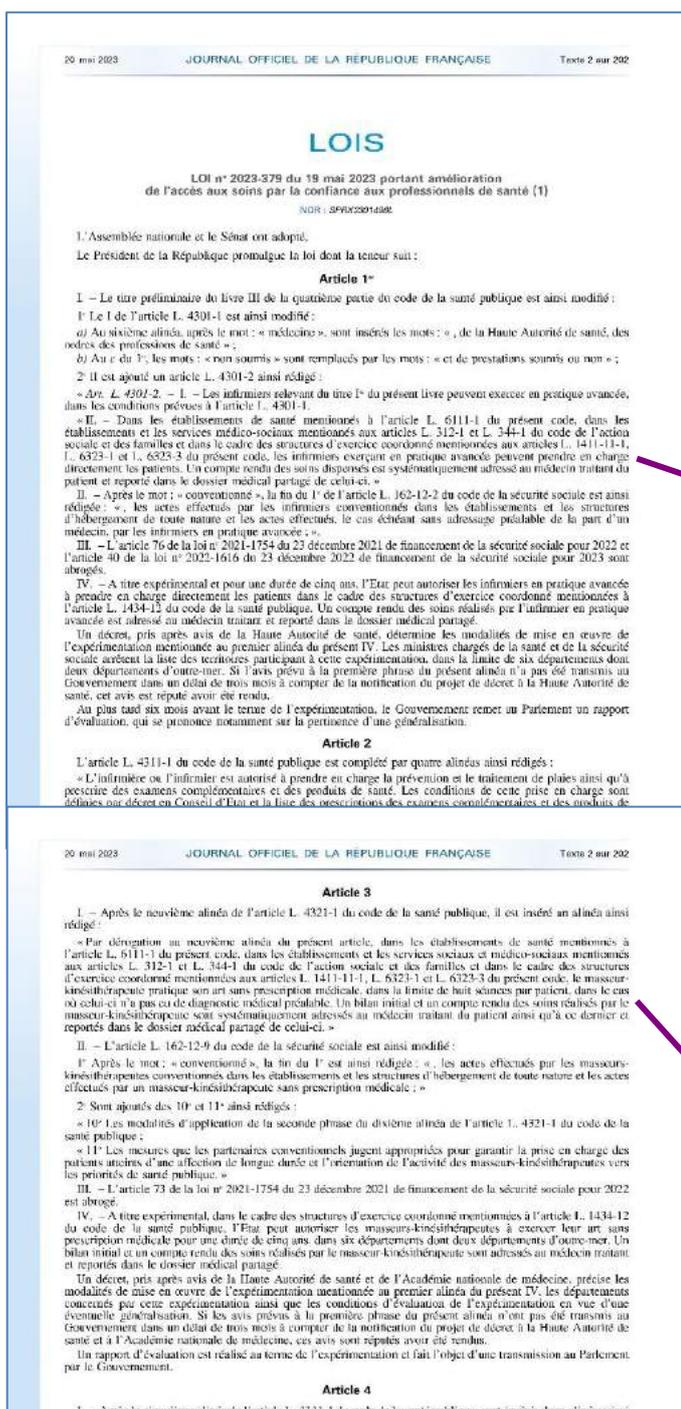
réalisées dans un cadre d'exercice coordonné ... non seulement avec les médecins mais avec tous les autres professionnels intervenant auprès des patients. Ici et là elles existent dans certains établissements, en pré-consultation ou en consultations externes qui restent toujours un sujet en tension avec certains collègues libéraux sauf si elles ne sont pas redondantes.

Cette loi a tenu à exprimer qu'elle s'appliquait aussi aux professionnels salariés, hospitaliers qui de fait sont en « exercice coordonné ». Cette Loi, portant « amélioration de l'accès aux soins **par la confiance** aux professionnels de santé » fait apparaître par une lecture fine du texte quelque subtilité et distingue entre les professionnels de santé visés ... les un-e-s peuvent prendre en charge directement les patients quand l'autre exerce son art sans prescription médicale. (Cf. page 79)

Un hasard ou une nécessité dans l'esprit de la Loi qui en tant que tel ne grave pas dans son marbre l'appellation « accès direct » et distingue de fait deux modalités d'appellation et d'application à deux professions !?? Intérêt, ou pas, d'une explicitation sémantique ?

En tous cas un recensement des besoins devra prendre en compte la gouvernance, la responsabilité et la réglementation actuelle régissant l'exercice salarié.

Le CNKS est adepte, comme de la didactique, de ces clarifications juridico-sémantiques. Et l'attente de réalités ou projet possibles à mettre en pratique dans les établissements (enquête CNKS prochaine) ... chacun-e s'en fera son idée !



**Article 1er I.** – Le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié : 1o Le I de l'article L. 4301-1 est ainsi modifié : .....; 2o Il est ajouté un article L. 4301-2 ainsi rédigé : « Art. L. 4301-2. – I. – Les infirmiers relevant du titre I er du présent livre peuvent exercer en pratique avancée, dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1. « II. – Dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code, dans les établissements et les services médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, **les infirmiers exerçant en pratique avancée peuvent prendre en charge directement les patients.** Un compte rendu des soins dispensés est systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de celui-ci. »

**Article 3 I.** – Après le neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation au neuvième alinéa du présent article, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code, dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, **le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale,** dans la limite de huit séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci. »

## KINESCOPE

a souhaité recueillir l'avis de collègues.

Ce qu'elles ou ils en ont compris !

Ce qu'elles ou ils en pensent !

Ce qu'elles ou ils en disent !

Ce qui (les) interroge !

### 3 questions à :

**KINESCOPE :** quel changement majeur verrais-tu en tant que salarié à un exercice de l'art sans prescription médicale ?

**R.C., MK :** Ce choix d'exercice c'était pour un travail d'équipe ... et nos protocoles établis, le dossier du patient qui a été hospitalisé, ses examens, les observations des divers professionnels ... sont autant d'éléments prescriptifs et c'est déjà souvent que l'on prend en charge des patients quand la raison de leur hospitalisation est connue et qu'après on en reparle avec les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les autres rééducateurs !!

**KINESCOPE :** Comment vois-tu une mise en place de « l'Accès direct » dans ton équipe ?

**R.C., MK :** « compliqué à ce jour avec la charge de travail ! mais peut-être réaliser un bilan complet à l'entrée pour orienter la suite de la PEC, en SMR et en EHPAD, en médecine aiguë ? »

**KINESCOPE :** en l'état des effectifs est-il possible d'envisager cet « AD » ... à côté de la prise en charge des patients hospitalisés ?

**R.C., MK :** Effectifs actuellement insuffisants pour permettre de développer et innover ... mais peut-être les consultations externes ... très "spécialisées" : la main, vestibulaire, uro-gynéco...

**KINESCOPE :** Si en regard de cette Loi, autorisant exercice sans prescription médicale pour tous les MKs en établissement de santé, tu devais (te) poser 3 questions ...

*Pauline W., CDS MK :*

1) Quels sont les bénéfices et/ ou avantages pour les patients et pour l'institution ?

2) Quels sont les risques et/ou contraintes à avoir en tête et comment les circonscrire ?

3) Comment intégrer ces nouvelles pratiques au sein des équipes médicales et paramédicales afin que celles-ci soient claires et comprises par tous et n'entraînent pas de conflits par méconnaissance ?



**KINESCOPE :** Avec cette autorisation d'exercice de l'art sans prescription médicale (« accès direct ») quelle place (actuelle et future) pour les kinésithérapeutes salariés ?

**Aurélien Auger CDS MK :** Cela peut laisser la porte ouverte à une évaluation directement par le MK en SMR, en médecine, en court séjour gériatrique... Et pas que !

**KINESCOPE :** Accès direct, avènement du kinésithérapeute aux urgences ?

**Aurélien Auger CDS MK :** Pour certains motifs de consultation, certains traumatismes, le MK pourrait voir le patient en première intention et le réorienter, au besoin, vers le médecin urgentiste. Certains patients, eux, n'auraient peut-être plus besoin de voir le médecin !



**KINESCOPE :** Orientation des patients en hospitalisation de jour de rééducation grâce à l'accès direct aux kinésithérapeutes ?

**Aurélien Auger CDS MK :** Un patient orienté suite à une hospitalisation conventionnelle aurait déjà un diagnostic, permettant la prise en soins par le kinésithérapeute en HDJ... voire en HAD de rééducation ! Cela nécessite de s'interroger sur le fonctionnement avec d'autres rééducateurs de l'équipe ambulatoire qui sont, eux, soumis à prescription médicale... et se concerter avec les professionnels de ville pour définir une collaboration ville-hôpital !

Des interrogations, pas de réponse à ce jour, des réflexions et des concertations à mener.



Cécile Le Moteux :

Résumé publié sur son blog post visio-conférence du CNOMK et reproduit dans KINESCOPE avec son aimable autorisation.

« Depuis le 20 Mai 2023, l'accès direct est possible pour les kinésithérapeutes français, c'est à dire prendre en charge un patient sans prescription médicale.

L'objectif serait de favoriser le parcours patient. Les conditions sont restreintes : l'accès direct n'est possible que si le Kinésithérapeute réalise un exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé, notamment un prescripteur. Cela ne concernerait donc que 5% des libéraux. Les CPTS n'ont pas été incluses dans le dispositif. Mais ce sera expérimenté dans 6 départements très bientôt.

Les salariés sont donc concernés, les maisons de santé également, ainsi que les équipes de soins primaires.

Apparemment un MK libéral intervenant en EHPAD pourrait réaliser de l'accès direct. Si un diagnostic médical a été effectué au préalable, alors le nombre de séances sera illimité. S'il n'y a pas eu de diagnostic médical préalable, le nombre de séances en autonomie sera restreint à 8, avec BDK écrit obligatoirement transmis au médecin traitant et au patient.

Quel remboursement ? Quelle clé noter sur les docs CPAM ? Pas de réponse à ce jour, les syndicats vont entamer les négociations avec la CPAM. Quelles pathologies concernées ? Apparemment toutes. Quelle communication au grand public ? Je ne sais pas.

En résumé, dans les établissements de soins ou médico sociaux, le MK pourra prendre en charge des patients en accès direct, le mieux étant qu'il y ait eu un diagnostic médical préalable (imagerie ?) pour ne pas être restreints en nombre de séances. En libéral, l'exercice coordonné est clairement favorisé.

La formation initiale est attendue sur l'acquisition des compétences fondamentales permettant aux jeunes diplômés d'être des professionnels capables d'effectuer du triage. Il serait important alors qu'elle se concentre aussi sur la transmission des démarches à entreprendre pour avoir une activité coordonnée.

Je ne sais pas pour vous, mais je me demande quand même si cette première « phase » va réellement changer quelque chose au parcours patient ? Si vous avez compris autre chose ou différemment, n'hésitez pas à commenter ! »

**Vos avis, vos questions, vos témoignages nous intéressent :  
[contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com)**

## Kaleïdo scope



## AU NOM DE LA LOI & DE LA REGLEMENTATION

C'est par l'arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescription des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes que le droit de prescrire est reconnu à nos collègues rééducateurs.

Cette disposition sera effective à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2023 et permettra à ces professionnels de prescrire les dispositifs médicaux ou les aides techniques suivants :

1. Lits médicaux
2. Dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres
3. Appareils modulaires de verticalisation et accessoires associés
4. Cannes et béquilles
5. Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux
6. Déambulateurs
7. Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes
8. Appareils destinés au soulèvement du malade
9. Appareils divers d'aide à la vie :
  - appareils de soutien partiel de la tête ;
  - casques de protection pour enfant en situation de handicap ;
  - chaises percées avec accoudoirs et seau ;

- coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16e anniversaire ;
  - socles à inclinaison variable de coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16e anniversaire ;
  - gants sur mesure pour mutilation de main ;
  - couteaux, couteaux-fourchettes, liants avec étui.
10. Véhicules pour personnes en situation de handicap, leurs éventuelles adjonctions, et les produits d'aides à la posture
  11. Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate, thermoformables à basse température moulés directement sur les téguments, à état caoutchouteux transitoire ou à état viscoélastique transitoire, l'acte thérapeutique de réalisation de l'immobilisation qui en découlera, sera obligatoirement réalisé par un professionnel de l'appareillage ;
  12. Les ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série
  13. Les colliers cervicaux
  14. Les attelles de correction orthopédique de série
  15. Les chaussures thérapeutiques de série ;

## Kaleïdo<sub>scope</sub>



## KINESITHERAPEUTES & READAPTATION FACE AU NUMERIQUE

Informatique, robotique, domotique, numérique, intelligence artificielle, ... investissent voire envahissent tous les domaines y compris celui de la santé. D'aucuns y voient des progrès sans précédents quand d'autres y voient une déshumanisation voire une privation de liberté d'action, de réflexion, ....

Depuis plusieurs années le CNKS appelle les collègues MK salariés à s'intéresser au sujet ... pour « accompagner » cette profonde et inéluctable transformation qui a déjà commencé à impacter nos pratiques professionnelles, et ... avec Chatgpt ... nos savoirs voire nos connaissances, et nos comportements.

Ce fut le cas lors des JNKS 2019 à Lyon (cf. la présentation du sujet @cnks.org), mais aussi lors d'une STKS, et à plusieurs reprises dans KINESCOPE.

**KINESCOPE n°26, au-delà de l'article consacré aux exosquelettes ( cf. page ... ) qui caractérisent toujours plus cette réalité quotidienne dans nos pratiques, vous rapporte dans ce Kaléïdoscope :**

- la feuille de route du Numérique en Santé
- le résumé d'une étude sur le niveau d'utilisation de l'environnement numérique de travail chez le cadre de santé
- avec son aimable autorisation la vision de Matthieu GUYOT, Directeur-adjoint du [CH de Mayotte](#), partagée sur les réseaux sociaux, l'IA « au service des plannings »
- étude MK nouvelles technologies et sensibilité
- étude capteurs portatifs en réadaptation
- enquête ministérielle QVCT
- enquête Fondation MACSF

## NUMÉRIQUE EN SANTÉ 2023-2027 : ou comment mettre le numérique au service de la santé.



Portée par la Délégation au numérique en santé (DNS), sous l'impulsion des ministres, en lien avec ses partenaires Cnam (Caisse nationale de l'Assurance Maladie), Agence du Numérique en Santé, Health Data Hub...et l'ensemble des acteurs de l'écosystème, la nouvelle feuille de route précise les prochaines priorités et les chantiers à mener à l'horizon 2027.

La feuille de route repose sur le respect de valeurs cardinales :

- l'éthique,
- la souveraineté
- la durabilité.

Elle est un véritable programme d'actions collectives organisé autour de 4 axes :

- Prévention : développer la prévention et rendre chacun acteur de sa santé,
- Prise en charge : redonner du temps aux professionnels et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique,
- Accès à la santé : améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent,
- Cadre propice : déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé.

A cela s'ajoute 18 priorités, divisées en 65 objectifs concrets, mesurables, avec une date et un porteur clairement identifiés !

A noter feuille de route spécifiquement dédiée aux données de santé sera construite d'ici la fin de l'année. Mission confiée à Jérôme Marchand-Arvier pour la préfigurer.

pour lire la feuille de route :  
<https://lnkd.in/eKwq7Wyp>

pour lire le dossier complet :  
<https://lnkd.in/egEswJGp>

#innovation #data #health #rgpd

## Recherche descriptive qualitative sur le niveau d'utilisation de l'environnement numérique de travail chez le cadre de santé de proximité en France

**RÉSUMÉ** Si la société est confrontée à l'ère numérique, les professionnels de santé doivent aussi s'adapter à cette mutation dans un contexte d'ambition numérique en santé.

La revue de la littérature sur les notions d'utilisation, d'usage, de pratique et d'appropriation du numérique apporte, en France et en comparaison à d'autres pays, peu de données sur les cadres de santé de proximité concernant leur pratique managériale.

L'objectif de cette recherche est de mesurer le niveau d'utilisation et d'appropriation de l'environnement numérique de travail chez ces cadres, et d'identifier les dimensions influençant cette utilisation.

Cette recherche descriptive qualitative est basée sur 30 entretiens semi-dirigés réalisés en France, en Normandie. Les résultats, issus d'une analyse catégorielle, démontrent une utilisation du numérique basique et un niveau d'appropriation correspondant à une phase d'application.

Les principales dimensions qui impactent ce phénomène sont technologiques, stratégiques et liées à la politique de formation et d'accompagnement.

Le cadre ne travaille pas dans un environnement numérique de travail. Il se trouve dans un processus d'instrumentation et serait plus dans un usage de l'environnement informatique de travail. Ce niveau d'utilisation ne dépend pas uniquement d'une analyse ontosystémique du cadre.

Une réflexion écosystémique serait à privilégier, centrée sur les stratégies du déploiement rapide d'une culture numérique contemporaine. Mots-clés : cadre de santé, environnement numérique de travail, utilisation, numérique en santé, informatique.

**Loïc MARTIN, infirmier, Ph.D,  
CSS formateur, IFCS CHU Rouen,  
laboratoire Cirnef, Université Rouen Normandie,**

**Recherche en soins infirmiers n° 151 - Décembre 2022 – Résumé reproduit avec l'autorisation de son auteur**

**A NOTER :**

**Loïc Martin nous en parlera  
aux JNKS ROUEN des 5 et 6 octobre**

## IA & PLANNINGS HOSPITALIERS



Dans moins de 10 ans, les plannings dans les établissements de santé et médico-sociaux ne seront plus réalisés par des humains, mais par des ordinateurs. #Hopital

Mais comment cela fonctionne ?  
Comment mettre en place cela ?  
Quand cela va-t-il être généralisé ?

Il s'agit d'une évolution disruptive, qui pourrait modifier en profondeur les établissements de santé et libérer un temps très important pour des tâches de soins et augmenter la QVT des professionnels.

C'est une révolution majeure qui est en train de se développer sous nos yeux.

1er constat : Souvent oublié, l'encadrement intermédiaire et de proximité (médical et non médical) ressent un sentiment de perte de sens.

Au quotidien, ils passent leur temps sur un écran d'ordinateur, à jongler sans relâche avec les plannings, à les créer et les recomposer...

Heureusement, les progrès technologiques des dernières années ont ouvert la voie à de nouvelles possibilités innovantes !

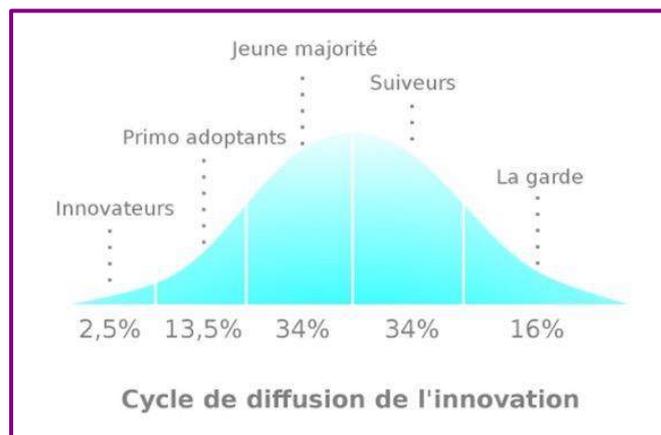
Elles pourraient libérer les soignants de cette gestion : l'automatisation des plannings, dans un premier temps par algorithme simple, puis par IA.

L'idée générale : gagner du temps pour remettre de l'humain à l'hôpital et s'épargner des tâches qui peuvent être automatisées.

Des solutions commerciales sont déjà sur le marché, cela est donc possible dès maintenant si la volonté est présente.

Je propose le scénario médian suivant pour la généralisation de ce système :

- Phase 1 (2020-2024) : Exploration et sensibilisation.
- Phase 2 (2024-2026) : Adoption partielle.
- Phase 3 (2026-2028) : Adoption généralisée.
- Phase 4 (2028-2033) : Perfectionnement.



Pour aller plus loin retrouvez mon dernier article sur @managersante : [managersante.com/2023/05/26/com...](https://managersante.com/2023/05/26/com...)

**Matthieu GUYOT**  
Directeur-adjoint du Centre Hospitalier de Mayotte,  
fondateur-directeur de l'agence May'Santé Recrutement  
expert RH de l'ANAP.

## Kinésithérapeutes nouvelles technologies et sensibilité

Dans le cadre d'une recherche sur les nouvelles technologies en "Médecine physique et de réadaptation" financée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, les laboratoires CETCOPRA et PSMS de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et de l'Université de Reims Champagne-Ardenne réalisent une enquête auprès des kinésithérapeutes afin de connaître leurs usages et leurs perceptions de l'intérêt de ces instruments dans leur pratique professionnelle.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire (62 questions) environ 20 minutes (données confidentielles anonymat garanti)

<https://enquete.univ-reims.fr/limesurvey/index.php/346352?newtest=Y&lang=fr>

A lire dans *Anthropologie & Santé*, n°25, 2022,  
(mêmes auteurs Marco Saraceno et Mathilde Apelle)

**Normes et standards de la marche symétrique. Ethnographie de l'usage d'une semelle de mesure de la pression d'appui dans l'activité collective de rééducation**

En se basant sur une ethnographie réalisée dans deux services de médecine physique et de Réadaptation, cet article étudie l'effet de l'introduction d'une semelle de mesure de la pression plantaire dans la rééducation à la marche des personnes amputées de membre inférieur.

En pensant la rééducation comme impliquant à la fois le « travail » des kinési-ergo-thérapeutes et l'effort « d'ajustement » à la prothèse des personnes amputées, l'article révèle que cette « activité collective » ne peut pas se fonder sur la construction d'une « intelligibilité partagée » de ce qui est une marche correcte. De la sorte, la mesure produite par la semelle ne semble fonctionner ni comme une norme de référence ni comme une donnée à l'objectivité partagée.

L'article montrera donc que la semelle peut être pensée comme un outil permettant aux acteurs de définir les marges de leur engagement réciproque par rapport à l'objectif général de réapprendre à marcher.

<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/12169>

**SONDAGE**



**CAPTEURS PORTATIFS**

**RÉADAPTATION**



Vous êtes thérapeutes de la réadaptation ?  
Vous utilisez ou êtes intéressé.es à utiliser des capteurs portatifs dans votre pratique clinique en réadaptation ?

Vous travaillez en Suisse ou en France ?  
Nous avons besoin de vous !

Dans le cadre d'un projet de recherche regroupant des chercheurs du Québec, de France et de Suisse, nous souhaitons identifier les besoins prioritaires des thérapeutes de la réadaptation (ex. ergothérapeutes, physiothérapeutes) en lien avec l'utilisation potentielle des capteurs portatifs (ex. montre connectée, téléphones intelligents) dans votre pratique clinique (principalement en lien avec l'activité physique).

Pour collecter vos précieuses informations, un questionnaire en ligne a été développé (durée d'environ 20 min) : <https://lnkd.in/eqiJi3Zd>

Plus de renseignements : [anne.deblock-bellamy@hetsl.ch](mailto:anne.deblock-bellamy@hetsl.ch)

## QVCT : ENQUETE MINISTERIELLE

Le ministre de la Transformation et de la Fonction publiques a lancé depuis le 20 juin une grande consultation en ligne sur la **qualité de vie et les conditions de travail** dans la **fonction publique**. Pour y participer :



<https://www.modernisation.gouv.fr/actualites/fonction-publique-participez-la-consultation-sur-la-qualite-de-vie-et-les-conditions-de>

Cette consultation est ouverte à tous les agents publics via la plateforme : <http://www.fonction-publique-plus.gouv.fr> .

## contribuer à l'amélioration du monde de la santé,

La Fondation MACSF a mené une enquête auprès de ses sociétaires fin 2022\*. Le sondage, nourri par les retours d'expérience des professionnels en exercice et étudiants, médicaux et paramédicaux, exerçant en milieu hospitalier ou en libéral\*\*, permet d'identifier les risques liés à leur activité professionnelle et de dégager des pistes d'amélioration. Nicolas Gombault, délégué général de la Fondation MACSF et directeur général délégué du groupe MACSF, commente les résultats de cette étude.

Quel est l'objectif de cette enquête ? L'objectif est double. L'étude, basée sur un outil d'auto-diagnostic, permet aux soignants d'évaluer leur état de santé et leur exposition aux risques, à la fois professionnels et privés. Elle les aide à mettre en lumière leurs difficultés au quotidien ainsi que leurs fragilités dans leurs relations avec les patients, leurs confrères ....

Quel est le constat général ? Les soignants en activité ne vont pas bien. Même si les professionnels libéraux s'en sortent mieux que ceux en établissements de santé, ils ne sont globalement pas satisfaits de leur qualité de vie au travail, .....

Quels sont les facteurs de mal-être ? Les professionnels en établissements de santé déplorent des conditions de travail peu satisfaisantes (4,6/10 pour les médicaux, et 4,1/10 pour les paramédicaux) :

manque de ressources pour bien prendre en charge les patients, organisation défailante, relation peu sereine avec la direction, sécurité des soins pas toujours prioritaire.

\* Enquête réalisée entre le 2 novembre et le 22 décembre 2022.  
\*\* 2 593 répondants professionnels de santé en exercice (1 332 exercent en établissement de santé et 1 261 sont libéraux) et 174 répondants étudiants (103 paramédicaux et 71 médicaux).

Retrouvez l'intégrale du commentaire : [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)

Retrouvez ici le communiqué de presse de la publication de cette étude

**CONSULTEZ L'ÉTUDE FONDATION SANTÉ DES SOIGNANTS PAR PROFESSION4.61 Mo, pdf**

# ANNONCE D'EMPLOI



CLINIQUE CHRISTINA  
Avenue Rhin et Danube  
11230 CHALABRE  
Tél 04 68 69 36 00 - Fax 04 42 04 27 53



**SSR polyvalent (SMR) de 70 lits  
... à la campagne !**

**Nous recherchons un-e kinésithérapeute  
en CDI (temps plein ou partiel)  
ou en CDD pour des remplacements.**

**Nous sommes à 1h de Carcassonne,  
1h30 de Toulouse,  
à 45min des premières pistes de ski  
et au bord du lac de Montbel.**

**Nous accueillons régulièrement des stagiaires** de 3e ou 4e année et des kinésithérapeutes en attente d'équivalence. Nous sommes habilités pour tous les domaines de la kinésithérapie hors pédiatrie.

**Notre plateau technique** est équipé de motomed, tigo, ezygain, tapis roulant, plan bobath.... et nous avons un parc extérieur. Un second plateau technique pour les parcours de marche et d'équilibre est en cours d'aménagement.

En fonction de la période, vous pourrez être logé provisoirement dans un studio dans le village (10min à pied de la clinique).

### **Notre équipe :**

2 kinésithérapeutes à temps partiel, 1 enseignant APA,  
1 ergothérapeute et 1 brancardier mi-temps.

**Convention FHP, primes Segur 1 et 2 et reprise de l'ancienneté**

Nous avons du thé, du café et du chocolat !!!

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à nous contacter :

[kine.christina@colisee.fr](mailto:kine.christina@colisee.fr) ou [s.ducros@colisee.fr](mailto:s.ducros@colisee.fr) Tél. 04 68 69 36 00

CLINIQUE CHRISTINA Avenue Rhin et Danube 11230 CHALABRE



#REJOIGNEZ LE CH LE MANS

Tous types de contrats proposés

Postes de kinésithérapeute à pourvoir en neurologie, orthopédie-traumatologie, médecine polyvalente, SMR, rhumato

Activités en gym cardiaque, appareil GNRB, confection d'orthèses

Travail d'équipe et interprofessionnel (ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien au SMR)

Annick

Kinésithérapeute

POUR POSTULER

<https://ch-lemans.nous-recrutons.fr/poste/zetaqvael2-masseur-kinesitherapeute-h-f/>

+ d'infos sur [ch-lemans.fr](https://ch-lemans.fr)