

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

& aux hospitaliers ukrainiens

n° 27

sept.
2023



KINESI THERAPIE THERAPEUTES SALARIES

QUEL(s) CAP(s) ?

QUELLE(s) VOIE(s) ?

QUEL(s) HORIZON(s) ?



JNKS ROUEN 2023
Jeudi 5 & Vendredi 6 octobre

Participer :
c'est prendre part et faire partie

cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

SOMMAIRE

PERISCOPE l'édito : QUEL(s) CAP(s), QUELLE(s) VOIE(s), QUEL(s) HORIZON(S) O. Saltarelli	p.03
TELESCOPE	p.06
La relation thérapeutique MC. Sintès.	p.12 à 14
Inclusion des personnes en situation de handicap Ch. Berthezène Camal	p.15 & 16
RETROSCOPE : RETOURS & PARTAGES D'EXPERIENCES	p.19
Effectifs, ratios ou Care's time C. Kanitzer	p.20 à 27
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE & RECHERCHE	p.28
Kinésithérapie salariée & recherche La Rédaction	p.29
La presse scientifique et l'open acces M. Guemann	p.30 à 35
Retex recherche G.Davy, D.Galtier, C. Serniclay, S. Hameau, B. Fraudet, J. Barbier	p.36 à 53
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE / READAPTATION GERIATRIQUE	p.54-55
Recherche & rééducation gériatrique : une histoire en marche F. Mourey	p.56 à 58
Kinésithérapie gériatrique : représentations, regards et vécus F. Desramault, Lisa Marinigh, Loïc Coquisart	p.59 à 69
Qu'en est-il de la kinésithérapie de la personne âgée Pr. G. Robain	p.70 à 71
Kinésithérapie gériatrique : représentations, regards et vécus E. Durand	p.72 à 75
Expérience en rééducation gériatrique S. Mercier	p.76 à 79
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE / READAPTATION PEDIATRIQUE	p.80-81
Pratiques cliniques de la kinésithérapie pédiatrique, réflexions au détour des assises de la pédiatrie	p.82 à 87
B. Doret, M. Gaubert Noirot, P. Favand, K. Gimenez, A. Clement, D. Evenou,	p.88 à 93
Evolution de la Kinésithérapie pédiatrique, regards croisés l'hôpital Necker A. Benfradj, J. Pradon	p.94-95
Grande prématurité et kinésithérapie pédiatrique L. Guéret	p.96 à 100
Réflexions sur l'évolution de la réadaptation pédiatrique Dr V. Quentin	p.101-102
SRPR Pédiatrique AS.Centis	p.103-104
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE / READAPTATION & HAD	p.105 à 109
L'HAD R La Ménaudière M. Vellard	p.110 à 113
L'HAD R CMPR Bobigny M-B. Dhoury	p.114 à 120
Etre Kinésithérapeute en HAD R C. Rampsacher	p.121-122
DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE ROBOTIQUE, NUMERIQUE, & IA	p.124 à 128
Le défi d'innover avec intérêt : investir sur l'analyse de marche P. Goncalves	p.129
PRATICOSCOPE	p.131 à 134
Pourquoi la recette miracle n'existe pas en kinésithérapie G.Thierry	p.135 à 138
Et si l'IA permettait de transformer l'expérience patient en levier d'amélioration de la qualité G. Rousson	p.139
Retraite dans la FPH : les premiers décrets	p.141 à 143
KALEIDOSCOPE Diverses enquêtes	p.144-145
ASSOSCOPE La vie et l'agenda du CNKS	

Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef- :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction- :

Barbara Bonecka, Christophe Dinet,

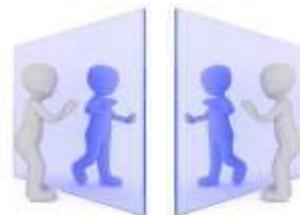
Andrée Gibelin, [Véronique Grattard](#),

Julien Grouès, [Valérie Martel](#)

« Ne me dites plus jamais bon courage »

Philippe Bloch

PERI *L'Editorial* SCOPE



QUEL(S) CAP(S), QUELLE(S) VOIE(S), QUEL(S) HORIZON(S) ?

Alors que le monde de la santé, quel qu'en soit le secteur d'activité, est en crise permanente depuis des années, des mesures ponctuelles et autres compensations ne cessent de fleurir ponctuellement, de façon « catégorielle » au gré des multiples voies d'eau de la coque du bateau, sans que pour autant elles ne s'inscrivent dans un plan de sauvetage, de ragréage, suffisamment global pour endiguer la fuite des professionnels auxquels tous les observateurs attribuent leur « sauve qui peut » à « une perte de sens ».

La kinésithérapie, en tant que profession, n'y échappe pas ! Si des portes s'entrouvrent, à grand peine et très peu, quels que soient les divers thèmes de négociations au sein de la représentation nationale ou encore des tutelles ministérielle ou assurantielle, les observateurs, là aussi, ne peuvent rapporter de ré-enchantement franc et massif des professionnels libéraux comme des salariés.

Le cap, la voie, l'horizon souhaités et attendus, par les professionnels, les patients, les tutelles, sont-ils suffisamment clairs, explicites et consensuels ? Où, là aussi, des ritournelles posées et poussées par les unes ou les autres des représentations professionnelles syndicales - libérales et salariées -, associatives, scientifiques et ordinales, empruntées par nature de leurs pertinences individuelles s'inscrivent-elles pour autant dans une cohérence collective gagnante-gagnante pour tous et chacun ? dans un schéma global ?

Plusieurs caps, plusieurs voies, plusieurs horizons peuvent-ils, doivent-ils fusionner ? ou s'articuler ?

Comme déjà exprimé, le CNKS, association professionnelle qui - à défaut de représentativité mesurée par des élections professionnelles - est néanmoins statutairement, comme d'autres associations de la profession ou du monde de la santé, en charge de représentations de ses adhérents et en capacité par ses études, sondages et autres enquêtes de produire des avis, suggestions et autres propositions (1) ... Ces réflexions sont produites à l'attention de tous les relais professionnels, tutélaires et politiques ; libre à ces derniers de les recevoir, de les écouter voire les entendre, les discuter, les comprendre ou les ignorer. Un certain nombre ont déjà trouvé écho et traduction dans le maquis législatif et réglementaire. Comme d'autres trouveront réalité à force de constance, de pugnacité, mais aussi si nécessaire d'adaptabilité aux contextes mouvants et aux nécessités de corrélation à leurs utilités sociales et médico-économiques.

Avec ses très prochaines XXVI^{èmes} Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée (JNKS – Séminaire National) le CNKS aura l'occasion, en renouvelant pour un mandat de 4 ans son conseil d'administration, d'étayer et ré-éditer les lignes directrices de son projet associatif, de ses propositions et de son action au service du métier de kinésithérapeute salarié et par la même pour partie au service de la profession.

Des choix de cap(s), de voie(s) et d'horizon(s) dans l'esprit et sur la base du projet curriculaire (2) énoncé depuis plusieurs années ... auxquels le CNKS invite tout professionnel salarié à se joindre et à les enrichir de son vécu, de son expérience, de ses réflexions et de ses attendus pour une pleine et entière reconnaissance de notre très beau métier !

Olivier Saltarelli
Secrétaire Général

- (1) Exercice salarié : MK &... tutorat, mentorat, partenariat en formation initiale, MK &... Accès direct, MK &...Pratique Avancée , MK &...Recherche, MK &... Clinicien Chercheur, MK & ... Téléconsultation, MK & Effectifs - Ratios, MK &...Urgences hospitalières, MK &...HAD rééducation, MK &...QVCT, MK &... Certification professionnelle, MK &...Intelligence artificielle et robotique, MK &...Réadaptation, MK &...Professions Alliées, MK &...utilité sociale et médico-économique,
- (2) Curriculaire : déroulé et plan de carrière en diversification de fonctions du MK salarié



Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

L'autre voie
de participation *

- est une organisation professionnelle associative de type Loi 1901 ;
ni syndicale, ni ordinale, ni politique, comme d'autres associations spécifiques de la profession
- a pour objet : défense et promotion de l'exercice salarié
organisation - conditions de travail des MKs et CDS MKs salariés d'établissements de santé
- a pour vocation de représenter les adhérents qui en partagent l'objet
 - échanges avec toute autre organisation professionnelle ou interprofessionnelle de santé, les tutelles régionales ou nationales, les représentations politiques nationales ;
 - formulations en ces mêmes lieux, d'avis et de propositions d'évolution des activités, pratiques professionnelles, des réglementations et statuts

L'association est missionnée par ses adhérents
sur la base des orientations d'assemblées générales
pour défendre et promouvoir l'exercice salarié en général.

- réflexions, actions, et communication pour y contribuer sont :
 - préparées et exécutées par le bureau national (mensuel)
 - étayées par des enquêtes et les réflexions des groupes de travail
 - soumises pour approbation au conseil d'administration (trimestriel).

Le CNKS informe ses adhérents,
et plus largement les kinésithérapeutes salariés,
via KINESCOPE, son site web, et ses réseaux sociaux
des soirées thématiques de la kinésithérapie salariée (STKS).

Les **JNKS**, [Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée]

« séminaire annuel » itinérant, offrent depuis plus de 25 ans
aux Kinésithérapeutes & CDS Kinésithérapeutes salariés, adhérents ou non,
un temps spécifique de formation, d'actualités, de rencontres et d'échanges.

Kinéscope

La lettre & l'Esprit du CNKS

Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

L'autre voix
d'information

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

(*) **Participer** : c'est prendre part et faire partie ! ... nous rejoindre ? s'abonner ? adhérer ?

Partenaire
JNKS ROUEN 2023

AGENTS DU SERVICE PUBLIC

DÉCOUVREZ NOS ASSURANCES ADAPTÉES À VOS BESOINS.

REJOIGNEZ NOS PLUS DE
3,5 MILLIONS DE SOCIÉTAIRES



ENGAGÉS POUR LE COLLECTIF

ASSURÉMENT HUMAIN

L'assistant du kinésithérapeute

RENDEZ VOS
PATIENTS
ACTEURS DE LEUR
RÉÉDUCATION !



UN CATALOGUE D'EXERCICES ET
DE PROGRAMMES MODÈLES POUR
S'ADAPTER AUX PATHOLOGIES



L'AUTO-RÉÉDUCATION COMME OUTIL
POUR BOOSTER L'OBSERVANCE ET
L'AUTONOMIE



SUIVI DE L'AMÉLIORATION
DE L'ÉTAT DE SANTÉ
POUR ADAPTER LA PRESCRIPTION

Tester gratuitement l'application sur



N'hésitez pas à nous contacter par téléphone
au 03 28 55 50 52, par mail à cette adresse infos@axomove.com
AXOMOVE Therapy, Dispositif Médical, pour plus d'informations consulter www.axomove.com
ou la notice d'utilisation du produit. FRTRP120823

Après la trêve estivale : bonne reprise !

Et si vous commencez
ce dernier trimestre 2023 par un temps d'échanges ?
... entre collègues salarié-e-s aux JNKS ROUEN 2023 les 5 & 6 octobre !

Il est (encore) temps de vous y inscrire ~->

Remerciements à nos partenaires



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

Amphi Lecat
Pavillon Derocque
Hôpital Charles Nicolle
CHU ROUEN NORMANDIE
1 rue de Germont
76031 Rouen Cedex 1

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 & QUALIOP1 2020
Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com

JNKS 2023 conçues et réalisées par administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



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



Partenaire
JNKS ROUEN 2023

appel médical le spécialiste RH

des métiers de la rééducation.

Chez Appel Médical, nous accompagnons au quotidien les établissements de santé dans le recrutement et le remplacement de professionnels de la rééducation pour assurer la continuité des soins.

→ notre mission.

Masseurs-kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Psychomotriciens ou encore Orthophonistes... Notre rôle est de comprendre vos enjeux et ainsi dessiner le contour de vos besoins qu'ils soient orientés flexibilité, recrutement, remplacement, montée en compétences, ou encore planification

Prendre soin de vos ressources humaines c'est nous !



appelmedical.com

 **appel médical**
par randstad.

quand la compétence est vitale.

PATIENT AU CŒUR ou SOIGNANTS AU COTES DES PATIENTS ?

Depuis longtemps le CNKS propose ce changement de paradigme. Depuis plusieurs années l'empowerment des patients, et sa légitime cohorte de représentations patient-expert, patient-ressource, patient-partenaire ... a conduit une partie des professionnels à s'interroger et agir sur un essentiel de la relation thérapeutique : la relation interpersonnelle.

La pandémie Covid 19 a mis en exergue certaines dimensions des fragilités de cette part importante de la prise en soins qu'induit un monde en permanente (r)évolution de tous ordres, technique, technologique, scientifique, numérique ...

Si de plus en plus de formations initiales intègrent la contribution des bénéficiaires de soins pour témoigner du vécu de ces derniers pour autant l'empathie n'est que rarement abordée ... et encore trop souvent pour s'en préserver voire s'en méfier.

Au sein de cette dernière la communication non verbale ... empêchée par le masque.



Le port du masque lors de la pandémie de la Covid-19 a-t-il modifié l'établissement de l'alliance thérapeutique entre le patient et son masseur-kinésithérapeute (MK) ?

MC SINTES,

Cadre de Santé MK Formatrice

Depuis plusieurs années maintenant, le modèle de santé en France a bien évolué vers une approche de nature bio-psycho-sociale (G. L. Engel, 1977) à la fois considérée comme un modèle théorique et un outil clinique basé sur le probabilisme. Il en émerge de nombreux leviers sur l'efficacité des diverses modalités de traitements dont celui de la prévention tout en intégrant l'indispensable éducation à la santé des patients (Santé Publique France, 2018) avec un patient devenu dès lors acteur de ses soins.

La nécessaire proximité physique du soin kinésithérapique demande l'instauration rapide d'une confiance mutuelle entre le patient et son soignant. Cette relation privilégiée et unique permet d'installer ensuite la confiance avec le patient. Dès la première séance de soins, par le biais du toucher ; la notion de proxémie prônée par E.T. Hall (2010) est révisée pour faire place à une certaine intimité s'établissant entre le patient et son MK.

Le port du masque a son début a pu susciter de l'incompréhension voir de la méfiance du patient à établir une réelle alliance thérapeutique de qualité avec le MK qui par nécessité de soins rentre immédiatement, dès la toute première séance, dans la sphère privée du patient.

Le port de masque a aussi rapidement établi une barrière vocale et émotionnelle en limitant la traduction des émotions des deux protagonistes du soin. Nous savons tous combien, il est si important pour un MK d'échanger et d'écouter le retour des ressentis des patients pendant ses soins.

Le masque a de fait subitement empêché le langage non verbal sur les visages. Il a bloqué la lecture tacite des mimiques et leur interprétation pour tous les patients et soignants. Seul le langage corporel a finalement servi de référence, de lien implicite et de mutuel discernement des intentions de chacun.

Il est aussitôt devenu plus difficile de porter un esprit critique sur ses pratiques professionnelles sans la lecture des émotions sur le visage des patients pendant l'exécution des soins. Cette complexité dérangement, a aussi questionné un versant de la légitimité professionnelle.

Bright (2015) dit qu'il est capital d'entretenir le lien mutuel pendant les soins au risque de créer un rapide désengagement du patient.

Il est démontré qu'une alliance thérapeutique efficiente est basée sur plusieurs critères dont : la communication avec l'écoute active (si chère à Carl Rogers), la confiance mutuelle, l'humilité et une bonne disponibilité.

Mais c'est le versant de la communication qui a été compromis par le port du masque avec une écoute devenue plus relative, une difficulté d'interprétation des vocables et une confiance ensuite du patient qui en a bien pâti.

La non compréhension claire d'un exercice a pu impacter la qualité de la relation thérapeutique d'où l'intérêt de toujours avoir dû penser à reformuler clairement, démontrer et expliquer l'exercice puis définir sa finalité au patient.

Le masque a assourdi les tonalités de la voix, a obligé le MK à parler plus fort, à répéter ses consignes, à parler plus lentement et distinctement dans son phrasé...Ainsi pour obtenir des échanges de qualité, il l'a aussi rendu plus attentif et plus présent aux dires du patient. Il a toujours été constaté qu'un patient comprenant bien les consignes ; devient plus confiant et plus autonome.

Mais écoute et pédagogie ne sont pas suffisants ; c'est plutôt la qualité de la communication qui favorise l'adhésion du patient et sa confiance puis surtout l'instauration de la bienveillance lors des soins. La distance thérapeutique a elle aussi diminué pendant cette période particulière.

Le toucher dans sa composante thérapeutique a été plus utilisé comme un outil relationnel avec une main apaisante posée sur celle du patient pour conforter les dires ou simplement cette main qui est restée sur l'épaule du patient pour appuyer le partage de ses émotions et lui prouver toute notre empathie.

Le MK a dû focaliser les réactions du patient pendant les soins sur la partie haute de son visage le forçant à interpréter avec attention : un froncement de sourcils, un clignement des paupières, une fermeture crispée des yeux...

Le patient à son tour, a aussi pu lire et découvrir le sourire du MK dans ses yeux pour lever toute son appréhension lors des soins. Les yeux sont devenus la seule expression des visages et utilisés comme communication efficace, d'ailleurs ne dit-on pas que « par un seul regard, tout est dit ».

L'adage populaire exprime aussi : « que l'on sourit avec les yeux et que l'on parle avec le cœur », c'est sans doute une efficacité vers la confiance réciproque que tout MK a pu éprouver.

Mais porter un masque pendant les soins, n'est-ce pas aussi un peu se cacher, moins se livrer et se retrancher en soi ?

Chacun des deux protagonistes de la relation de soin a ainsi pu dissimuler ses craintes et ses réticences derrière son masque mais avec toutefois le risque d'être trahi par leur propre langage non verbal. Le corps a souvent parlé et ses postures implicites ont été interprétées...

Cette question a aussi fait évoluer la manière de porter le masque de soin qui est devenu par endroits plus approprié par sa transparence pour lire sur les lèvres du MK. Il s'est aussi coloré ou embelli de graphisme auprès des populations ayant des troubles psychologiques ou cognitifs. Il est devenu outil de jeu pour conter des histoires aux enfants hospitalisés pour favoriser le lien et dédramatiser la communication devenue trop compliquée.

Avec l'essor de l'informatisation et de l'intelligence artificielle dans le monde de la kinésithérapie qui vit actuellement un tournant numérique, on peut se questionner comment évoluera la relation thérapeutique grâce à ces nouvelles technologies de communication rapide et avec une population de patients ayant plus rapidement accès à une foultitude d'informations médicales.

Des obstacles à la dimension relationnelle, outre le port d'un masque de soins, à cause de fausses croyances ou d'informations inexactes et complexes recueillies sur le web par le patient, n'altéreront-elles pas aussi la qualité de la construction de l'alliance thérapeutique ?

Quelles en seront les conséquences sur l'engagement du patient et sur la qualité des soins du MK ?

Références Bibliographiques :

Bright,F. (2015). Aconceptual review of engagement in heathcare and rehabilitation. Disability and rehabilitation.

Hall,A (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation. Physical Therapy, 90,1099-110.

Evidemment le sujet du handicap et des personnes en situation de handicap est un sujet de préoccupation professionnel des professionnels de santé et donc des kinésithérapeutes.

C'est aussi naturellement que le CNKS s'attache à donner la parole à celles et ceux collègues eux-mêmes en situation de handicap.

Aux JNKS ROUEN 2023 une partie de session évoquera les difficultés, les réussites et les stratégies de meilleur accueil de stagiaires, de nouveaux collègues, et le dépassement de soi dans le sport.

Le leadership, un levier pour intégrer et inclure les professionnels et étudiants en situation de handicap *

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ un milliard de personnes vivent avec une forme de handicap, soit 15 % de la population mondiale. Certains sont visibles, tandis que d'autres sont dits invisibles.

Au travers de la législation qui a évolué au fil du temps, les droits des personnes handicapées, notamment en situation de travail en milieu ordinaire ont été définis.

Ainsi, les systèmes de santé et les organisations professionnelles adoptent des politiques visant à améliorer la diversité et l'inclusion au travail ou en Instituts de formation des personnes en situation de handicap.

En s'engageant dans une démarche de diversité, l'enjeu entrepreneurial est triple :

- économique,
- commercial
- et managérial.

L'objectif de cette revue de littérature est d'explorer les styles de leadership qui permettent de favoriser l'intégration et l'inclusion des professionnels et des étudiants en situation de handicap.

Méthodologie

Une revue systématique de littérature à méthode mixte a été réalisée. La sélection des articles s'est effectuée conformément aux lignes directrices PRISMA 2020.

Résultats et Analyse

Sur les 527 articles sélectionnés initialement entre 2013 à 2023, 11 ont été inclus. Leur analyse a fait émerger quatre dimensions : culturelle, organisationnelle et collaborative, pédagogique et formative dans lesquelles nous retrouvons plusieurs styles de leadership : : transformationnel, bienveillant, inclusif, éthique ou encore empathique.

Discussion

La gestion de la diversité, et plus particulièrement des professionnels et étudiants en situation de handicap, est un enjeu majeur.

Cette étude met en évidence que plusieurs styles de leadership favorisent l'intégration et l'inclusion de ces professionnels et étudiants.

Le leadership transformationnel améliore l'estime de soi et le sentiment d'autonomie ce qui permet le développement de l'empowerment des collaborateurs.

Les leaderships bienveillant et inclusif incarnent des valeurs excluant toutes discriminations et sont basés sur des relations authentiques, en faveur de la promotion des potentiels de chacun.

Le leadership éthique prône le respect de la diversité des compétences et favorise la confiance.

Et enfin, le leadership empathique est à la fois relationnel, partagé et collaboratif.

Ainsi, il n'y a pas un seul leadership à privilégier mais plusieurs à mobiliser pour créer une culture inclusive.

Il appartiendra alors au cadre de santé de mobiliser ces leaderships pour insuffler une dynamique de groupe sous le prisme de l'inclusion de tous. Pour ce faire, la mobilisation de ces différents styles permettra la création d'une culture inclusive basée sur l'amélioration de l'estime de soi et du sentiment d'autonomie ainsi que sur la reconnaissance et la promotion des compétences de chacun.

Par ailleurs, les compétences culturelles et les valeurs personnelles du leader impacteront positivement l'instauration de cette culture.

Toutefois, pour que ce processus d'inclusion soit opérationnel, il devra s'inscrire dans un réel dispositif où tous les acteurs sont identifiés et impliqués.

Dans ce processus, le rôle du cadre de santé sera d'accompagner ces professionnels et étudiants quotidiennement, en étant à l'écoute et en faisant le lien avec les Instituts de formation, la direction et les référents handicap.

Ainsi, en mobilisant les différents styles de leadership, le cadre de santé pourra insuffler une dynamique de groupe inclusive. Il devra également s'inscrire dans une démarche d'amélioration des pratiques et compétences professionnelles.

La finalité étant qu'un professionnel ou étudiant qui se sent intégré et inclus, devient performant et exprime sa satisfaction et son bien-être au travail.

*Christelle Berthézène Cammal,
Cadre de santé MK, Master Santé*

Mots clés : Leadership, intégration, inclusion, professionnels et étudiants, handicaps

(*) Résumé Mémoire réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de cadre de santé à l'IFCS d'Aix en Provence et du Master Santé à l'Université d'Aix Marseille, sous la Direction universitaire de Mme Amania Audrey et sous la Direction professionnelle de Mme Fonck Isabelle

Quelles actions sont réalisées par l'association Soins aux Professionnels de la Santé ?



Partenaire
JNKS ROUEN 2023

Association à but non lucratif et reconnue d'intérêt général, SPS soutient les professionnels de la santé en offrant des services d'accompagnement et de bien-être.

Voici quelques-unes des actions qu'elle peut mener :

1. Offrir des services de consultation et de **soutien psychologique** aux professionnels de la santé pour les aider à faire face au stress, à l'anxiété et à d'autres problèmes de santé mentale.
2. Organiser des **ateliers** et des **formations** pour aider les professionnels de la santé à améliorer leur résilience, leur communication et leurs compétences en matière de gestion du stress.
3. Fournir des **ressources** et des **informations** sur le bien-être des professionnels de la santé, y compris des articles, des livres et des vidéos sur la santé mentale, la nutrition et la relaxation.
4. Sensibiliser le public et les responsables politiques aux défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé et à l'importance de leur bien-être.
5. **Collaborer avec d'autres organisations et associations** pour soutenir les professionnels de la santé et améliorer leur bien-être.

SPS travaille à soutenir les professionnels de la santé dans leur travail quotidien et à améliorer leur bien-être général, pour leur permettre de mieux prendre soin de leurs patients.

Scannez
le QR code pour
plus d'infos



Pour vous
inscrire
aux ateliers



Quelles actions sont réalisées par l'association Soins aux Professionnels de la Santé ?

Association à but non lucratif et reconnue d'intérêt général, SPS soutient les professionnels de la santé en offrant des services d'accompagnement et de bien-être.

Voici quelques-unes des actions qu'elle peut mener :

- 1 Offrir des services de consultation et de **soutien psychologique** aux professionnels de la santé pour les aider à faire face au stress, à l'anxiété et à d'autres problèmes de santé mentale.
- 2 Organiser des **ateliers** et des **formations** pour aider les professionnels de la santé à améliorer leur résilience, leur communication et leurs compétences en matière de gestion du stress.
- 3 Fournir des **ressources** et des **informations** sur le bien-être des professionnels de la santé, y compris des articles, des livres et des vidéos sur la santé mentale, la nutrition et la relaxation.
- 4 Sensibiliser le public et les responsables politiques aux défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé et à l'importance de leur bien-être.
- 5 **Collaborer avec d'autres organisations et associations** pour soutenir les professionnels de la santé et améliorer leur bien-être.

SPS travaille à soutenir les professionnels de la santé dans leur travail quotidien et à améliorer leur bien-être général, pour leur permettre de mieux prendre soin de leurs patients.

Scannez
le QR code pour
plus d'infos



Pour vous
inscrire
aux ateliers



Parlons-en aux **JNKS ROUEN 2023** avec

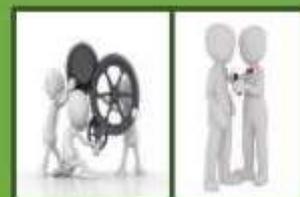
Catherine Cornibert,
directrice générale de l'association SPS

&

Andrée Gibelin,
CDS MK et psychologue du travail, chargée de mission CNKS

Rendez-vous le **vendredi 6 octobre**

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*



DETERMINATION D'EFFECTIFS, RATIOS PATIENTS PAR SOIGNANT, VOIRE RATIOS SOIGNANTS PAR PATIENT ...

Un sujet récurrent, un sujet sensible, un sujet polémique dont KINESCOPE rapporte régulièrement. Le CNKS avait d'ailleurs au premier semestre lancé une enquête et organisé une STKS.

Une proposition de Loi (PPL) portée par le Sénateur Jomier a été adoptée au Sénat et est en attente d'être débattue à l'Assemblée Nationale.

D'autres approches que celle du « ratio » peuvent-elles répondre à l'utilité d'une juste adaptation, à la nécessité d'une adaptabilité agile des prises en charge, des prises en soins garantissant tout à la fois la qualité et sécurité due aux patient et la qualité de vie et des conditions de travail des soignants ?

Le CNKS suit de près la proposition portée par Cécile Kanitzer qui livre à KINESCOPE une première définition du CARE'S TIME.

Un outil, un modèle initialement conçu pour nos collègues infirmiers et aides-soignants ... qui pourrait s'avérer transférable.



Cécile KANITZER,
Directeur des soins depuis 2004 (ENSP)

Infirmière de secteur psychiatrique en 1986,
puis IDE, cadre de santé, cadre supérieur de santé en santé mentale.
Coordnatrice générale des soins en CHU, en CLCC et en CH.
Ancienne conseillère paramédicale de la FHF.
Un parcours universitaire de 2001 à 2005 : maîtrise,
DESS et DEA dans les champs RH, DES sciences du travail et de l'innovation sociale.
A ce jour, coordinatrice générale des soins au centre hospitalier du chinonais
et vice-présidente du conseil scientifique des investissements en santé (CSIS)

CARE'S TIME : un indicateur SMART pour les directeurs des soins et l'encadrement soignant

- **S** : **Spécifique**, précis. CARE'S TIME est défini pour une qualification donnée (IDE par exemple). C'est une addition des temps de travail de chaque professionnel staffé sur une durée (par exemple : 24h), divisée par le nombre de patients (ou de lits, ou de places)
- **M** : **Mesurable**. CARE'S TIME est un temps exprimé en décimal
- **A** : **Adaptable**. Le temps total IDE par exemple, par 24h, pour un patient, permet de concevoir une proportion de soins pouvant être dispensés. CARE'S TIME permet une projection et une répartition des soins sur une durée
- **R** : **Réaliste**. CARE'S TIME est une réalité. C'est un temps. Au-delà d'une représentation quantifiée, c'est une donnée concrète préalable à l'organisation des soins ou requise pour des évaluations de charges en soins
- **T** : **Temporel**. CARE'S TIME est du temps, défini dans un temps donné, pour des temps de soins



POURQUOI UN INDICATEUR SUR LE TEMPS SOIGNANT ?

Le sujet des effectifs paramédicaux est polémique. Mais, il est certainement moins exprimé par les paramédicaux eux-mêmes que par des médecins ou des administratifs. C'est dommage. Je crois profondément que la liberté de s'organiser bien mieux aux groupes professionnels paramédicaux l'atteinte des efficiences attendues dans leurs exercices que toute démarche, notamment médicale ou administrative, de type « ratios paramédicaux ».

Seuls les paramédicaux, qu'ils soient des filières infirmières, médicotechniques ou rééducatives doivent pouvoir déterminer leurs ou les dimensionnements requis pour la dispensation des ou de leurs soins. Bien entendu, pour ce faire, des méthodes sont nécessaires et probablement des approches standardisées ouvrant ainsi les opportunités de parangonnages, évaluations, recherches et pilotages de régulations.

Le projet de loi 2023 pour des « ratios paramédicaux » m'a convaincu de communiquer sur un outil que j'ai créé en 2005 et qui a accompagné mes pratiques managériales dans des structures sanitaires et médico-sociales.

Ma démarche est strictement personnelle et professionnelle ; elle relève d'une prise de conscience que le silence trop important des soignants sur leurs créativité, offre un « vide » que d'autres métiers occupent.

Aujourd'hui, je choisis de partager mon expérience. Sans aucune prétention d'ordonnement. Uniquement à des fins de contribution aux compétences collectives, à notre compétence paramédicale collective, forte de la qualité de ses expériences aguerries.

Le sujet des effectifs paramédicaux est conceptualisé et mis en pratique de différentes façons par l'encadrement soignant dont c'est l'expertise et qui en a, ou en assure, la maîtrise. Mais il est peu partagé. Hormis dans des contextes d'absentéisme, de suppressions de postes, de restructurations fonctionnelles ou architecturales.

CARE'S TME est issu d'un raisonnement méthodique pour dimensionner des effectifs infirmiers et aides-soignants sur la base d'un argument simple, compréhensible, comparable et transférable. De mon point de vue, il est utilisable pour les trois filières paramédicales.

Il est surtout ajustable, adaptable, à l'occasion des appropriations de chacun.

Cet article est l'occasion, je l'espère, de susciter critique et débat professionnels mettant en lumière la qualité des intelligences paramédicales.

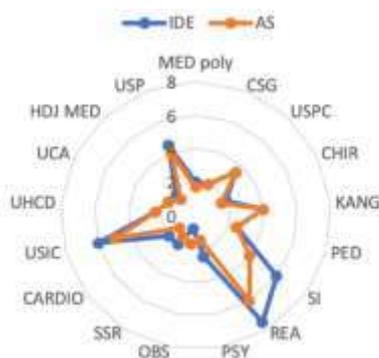
QU'EST-CE QUE CARE'S TIME ?

CARE'S TIME est un chiffre.

Exprimé en décimales, il est rapporté à une durée prédéterminée. Cette durée peut-être une moyenne par jour sur l'année, définie constamment par 24h ou ciblée par poste.

CARE'S TIME est surtout l'illustration d'une réalité concrète : le temps de soins pour un patient (ou d'accompagnement pour un résident).

De fait, CARE'S TIME isole des approches globales du style « 1 soignant pour x lits » et généralement ne ciblant que les postes de jour, voir du matin hors les week-ends et jours fériés. C'est un chiffre, donc la source d'une représentation à des fins de communications (exemple par un graphique).



Le mode de calcul de CARE'S TIME est présenté dans l'exemple ci-après.

- 1 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'UNITÉ ?**

CAPACITÉ	30 LITS
OUVERTURE	365 JOURS
DURÉE POSTE DE JOUR (M, AM OU J)	7H30 (= 7,5)
DURÉE POSTE DE NUIT	10H (= 10)
MAQUETTE IDENTIQUE SUR 7 JOURS	
- 2 LA MAQUETTE ?**

	MATIN	SOIR	JOUR	NUIT
IDE	3	3	1	2
- 3 LE TEMPS DE SOINS ?**

7 IDE en journée (3 en M, 3 en AM et 1 en J) = 7*7,5 (la durée du poste de jour) = 52,5
 2 IDE la nuit : 2*10 (la durée du poste de nuit) = 20
 52,5 + 20 = 72,5
- 4 CARE'S TIME ?**

72,5 / 30 lits = 2,41

30 lits

↓

9 IDE par 24h

↓

72,5 de temps IDE par 24h

↓

CARE'S TIME = 2,41

Le calcul de CARE'S TIME est réalisable par un tableur Excel.

IDE	MATIN	SOIR	JOUR	NUIT	TOTAL Nb postes par jour	Nb hrs JOUR	Nb hrs NUIT	TOTAL - Nb Heures	CARE'S TIME	
Mardi	Lundi	2	3	1	1	7	45,0 h	10,77 h	55,77 h	1,84
	Mardi	2	3	1	1	7	45,0 h	10,77 h	55,77 h	1,84
	Mercredi	3	3	1	1	8	52,5 h	10,77 h	63,27 h	2,11
	Jeudi	3	3	1	1	8	52,5 h	10,77 h	63,27 h	2,11
	Vendredi	3	2	1	1	7	45,0 h	10,77 h	55,77 h	1,84
	Samedi	3	3	0	1	7	45,0 h	11 h	56 h	1,84
	Dimanche	3	3	0	1	7	45,0 h	11 h	56 h	1,84
	Fériés	3	3	0	1	7	45,0 h	10,77 h	55,77 h	1,84
TOTAL hebdo	19	20	5	7	51	330 h	79,39 h	409,39 h		
Heures de travail (par poste)	Nb heures par poste	7,5 h	7,5 h	7,5 h	10,77 h					
	TOTAL - Heures HEBDO	142,5 h	150 h	37,5 h	75,39 h	401,39 h				
	Nb semaines en France	52	52	52	52					
	Nb semaines corrigées	52,7	52,7	52,2	52,7					
	Impact annuel fériés	68 h	0 h	47,5 h	0 h					
	TOTAL - Heures ANNUELLES	7506,0 h	7830,0 h	1890,0 h	2895,36 h	21161,36 h				
	ETP Requis JOUR							10,99 ETP		
ETP Requis NUIT							2,51 ETP			
							TOTAL - ETP requise*	13,50 ETP		
							(* hors absences non programmées)			
Heures JOUR (annuelles)	17226,0 h									
Heures NUIT (annuelles)							3035,36 h			
							ETN	0,45		

CARE'S TIME est le résultat d'une démarche soignante.

Au préalable, quelques soient les démarches gestionnaires ou managériales visées, le besoin en soins du patient doit être connu.

Pour établir le besoin en soins, en sus des analyses cliniques propres à chaque compétence et, à des fins de données quantifiées, **le temps de soins**, de chaque soin, doit être déterminé.

Le temps de soins est intégré au descriptif du soin et est inévitablement un calcul secondaire de la connaissance concrète et précise du soin :

- la description du soin, rédigée, enregistrée dans une gestion documentaire d'établissement, pouvant faire l'objet de révisions ou d'évaluation ;
- les qualifications pouvant dispensées ce soin, de manière individuelle ou en binôme ;
- les éventuelles conditions de réalisation du soin, jusqu'à sa traçabilité, adaptées aux particularités du service ou de l'établissement ;
- les éléments déterminants la qualité du soin pour éviter toute évaluation subjective et individuelle ;
- la détermination d'un temps moyen de réalisation du soin.

Peu importe la méthode, le temps moyen de réalisation de chaque soin doit être décidé pour un établissement. Ce temps peut être le résultat d'une évaluation de « charge en soins » ou d'une méthode de type SIIPS ou PRN. Ce temps doit surtout être le résultat d'une concertation interprofessionnelle et pluridisciplinaire aboutie et consensuelle à la responsabilité des managers paramédicaux.

Décrire les soins

Quantifier le temps

Définir les organisations

Ainsi la démarche soignante, conduisant à la détermination d'effectifs, vise à faire émerger une meilleure organisation des activités de soins paramédicaux combinant :

- qualité des soins et des prises en charge globales (décrire les soins et les évaluer les temps moyens de leurs réalisations) ;
- efficience économique (pour chaque temps de soins prévoir les qualifications requises) ;
- conditions de travail satisfaisantes (définir les organisations adaptées aux temps des soins).

CARE'S TIME est une réforme du raisonnement des charges en soins

Les publications relatives aux évaluations de charges en soins sont pléthores et ne sont pas reprises dans cet article.

Je soutiens que toutes les méthodes d'évaluation des charges en soins sont pertinentes à partir du moment où elles sont :

- intégrées au système d'information (donc du dossier du patient) et ne nécessitant aucune saisie soignante complémentaire ;
- adaptées aux spécificités de l'établissement ;
- admises par les équipes médico-soignantes ;
- utilisées à des fins de dimensionnements *a priori* ;
- compréhensibles par tous les professionnels et leur offrant une traduction concrète de leurs vécus ;
- utiles au final pour le temps de soins auprès de chaque patient.

J'estime qu'en l'absence d'un déploiement des méthodes de charges en soins dans les conditions exprimées ci-dessus, il est nécessaire de disposer au moins d'un outil de temps au sein duquel une proportion de soins peut être exprimée afin de :

- s'assurer que les besoins du patient auront une réponse (cela nécessite un choix éventuel des soins pertinents à l'issue d'une analyse collective) ;
- veiller aux conditions de travail des soignants (en n'estimant pas que la production de soins sera supérieure au temps de travail des professionnels) ;
- évaluer la pertinence des soins. Je choisis sur ce point régulièrement l'exemple suivant : la toilette complète quotidienne et matinale d'un patient est-elle nécessaire ?

CARE'S TIME

AVANT LA CHARGE EN SOINS

Oublier la charge en soins
a priori

- Reproduire la logique de la réforme budgétaire (2005 : du budget à l'EPRD)
- Ne pas organiser la dépense (dispensation des soins) avant d'avoir évalué la ressource (CARE'S TIME)
- Calculer le temps de soins disponible pour chaque patient puis définir les soins pouvant être dispensés
- Répondre aux soins pouvant être dispensés



CARE'S TIME

Temps par métier,
par patient, par
24h



REPARTITION
DU TEMPS

Temps par matin,
AM, nuit



REPARTITION
DES SOINS

Soins directs
Soins indirects

CARE'S TIME est une méthode de consensus

Les paramédicaux sont les opérateurs réflexifs d'un process d'apprentissage mobilisé dans les instituts de formation. Les paliers de l'apprentissage sont applicables aux organisations soignantes :

1. comprendre : c'est-à-dire décrypter les dimensionnements paramédicaux, leurs méthodes d'élaborations. L'utilisation de CARE'S TIME permet des exposés simples à partir des maquettes des temps de travail paramédicaux ;
2. agir : c'est-à-dire renseigner les dimensionnements paramédicaux dès que requis, suivant une méthode harmonisée dans un établissement, un contexte ;
3. transférer : c'est-à-dire mobiliser les dimensionnements pour des comparaisons, des ajustements, des analyses complémentaires ;

CARE'S TIME est un indicateur qui permet de comprendre, d'agir et de transférer, partager des informations relatives aux dimensionnements paramédicaux.

Par expérience, je peux soutenir que CARE'S TIME est un indicateur pertinent de communication et notamment à l'occasion des dialogues sociaux ou de contributions avec le corps médical dont la CME.

CARE'S TIME est vraisemblablement une méthode de consensus dans le sens où il ouvre les débats non plus sur une approche strictement quantifiée mais sur le contenu des soins pouvant être réalisés pour chaque patient sur une durée prédéterminée.

CARE'S TIME est une méthode applicable au temps médical. Le sujet du dimensionnement soignant ne pouvant se concentrer de façon stridente sur les infirmiers et les aides-soignants.

L'effet non anticipé de CARE'S TIME auprès des médecins, est l'orientation des réflexions sur la pertinence des soins. Aussi, j'estime pouvoir argumenter aujourd'hui que CARE'S TIME est un vecteur de l'interprofessionnalité, repositionnant l'analyse clinique collective, le projet de soins partagé pour chaque patient et, préparant la coordination des parcours de soins.

Car, CARE'S TIME nous éloigne des stricts raisonnements comptables sur les maquettes paramédicales pour nous rapprocher des démarches de soins aux patients.

CARE'S TIME est applicable à tous les métiers pour une seule finalité : le patient.

J'ai toujours en mémoire la fin des années 1990 portant de nouveaux modèles conceptuels pour la structuration de l'offre de soins. La clef était « *le patient au cœur du système de santé* ».

J'ai parfois l'impression que nous avons mis si loin le patient au cœur, que l'enlisement de nos process nous a conduit à lui tourner autour. Ce n'est qu'une image un peu caricaturale, mais elle me permet de nous proposer de nous recentrer sur le cœur du soin.

Non plus déployer toutes nos énergies à des nombres de personnels, mais enrichir nos analyses et nos conceptions pour des temps de soins.

Pour ce faire, CARE'S TIME peut être un « déclic » : quels sont les soins que je peux dispenser et donc, quels sont les patients (et combien ?) je peux prendre en charge en assurant des soins de qualité.

CE QUE N'EST PAS CARE'S TIME ?

CARE'S TIME n'est pas :

- **une recommandation** car cet outil n'est pas issu d'une démarche scientifique
- **une norme**, apanages des politiques, tutelles, syndicats et associations professionnelles
- **un outil de régulation** : l'analyse et l'expertise de chaque directeur des soins, des managers soignants devant rester libres
- **l'ébauche d'un éventuel cadre réglementaire sur les ratios**

CARE'S TIME n'est pas le socle d'une réglementation sur les dimensionnements soignants. Tout simplement parce que je pense que cette réglementation n'est pas nécessaire. En tous les cas, pas pour les paramédicaux.

Car CARE'S TIME

est un outil d'aide aux décisions de qualités, de dimensionnements et de flexibilités.

QUE FAIRE DE CARE'S TIME ?

CARE'S TIME est un indicateur pour le dimensionnement paramédical.



<p>W Un dimensionnement paramédical est un repère défini à un instant T pour projeter une activité envisagée. C'est une donnée qui n'a de valeur que dans son contexte et prenant en compte des influences historiques ou culturelles internes ou externes à l'établissement. Le dimensionnement paramédical est calculé à partir d'une définition du temps de travail présenté notamment dans des ARTT. Ces données sont susceptibles d'évoluer dans le temps.</p>	<p>O Des projets, des plans d'efficacités, des évolutions capacitaires, sont l'occasion de repenser les dimensionnements paramédicaux. Ces dimensionnements peuvent être présentés AVANT/APRES avec CARE'S TIME. Le projet social associé à certains projets peut positionner le dimensionnement paramédical comme une gageure de stabilité des ressources nécessaires à l'exploitation de l'offre de soins.</p>
<p>T Le dimensionnement paramédical est à la liberté des établissements ce qui permet des flexibilités internes. Mais si des indicateurs sont nécessairement définis pour élaborer les dimensionnements paramédicaux, pour autant ces indicateurs ne peuvent être des normes dont le caractère « figé » freine l'adaptabilité des organisations. Le dimensionnement paramédical est parfois une variable d'ajustement des plans de performance. Dans ce cas, il peut être revisité pour des enjeux financiers mais ne permettra éventuellement plus de mettre en production l'offre de soins construite. Dans ce cas, l'utilisation de CARE'S TIME est une aide aux positionnements argumentés des directeurs des soins, de l'encadrement soignant.</p>	<p>S Un dimensionnement paramédical structuré sur la base d'indicateurs partagés au sein des établissements est facteur de relations sociales stabilisées. L'argumentation des dimensionnements paramédicaux (en utilisant CARE'S TIME par exemple) garantit une réflexion de qualité sur les fonctionnalités internes.</p>

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

*L'intention,
le geste,
la trace !*

Qui dit « recherche » renvoie aux « savoirs & aux sciences ».

(suite cf. KINESCOPE 26)

La recherche n'est pas nouvelle dans la profession, dans les professions de santé, même si elle a été longtemps « confisquée » aux paramédicaux. 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.

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 et d'autres professions paramédicales ou encore de cliniciens engagés dans des démarches de recherche dans ce numéro 27 de KINESCOPE, le CNKS ambitionne de contribuer à la promotion et à l'essor de cette démarche de valorisation de la recherche paramédicale.

A lire donc les retex de Guillaume Davy, Damien Galtier, Caroline Semiclay, Sophie Hameau, Bastien Fraudet, Jules Barbier.

Mais tout d'abord un article de Matthieu Guemann sur le libre accès aux articles scientifiques ... un sujet sensible !

Les uns - souvent les éditeurs mais parfois les auteurs - souhaitant les réserver à une élite pensante et/ou payante, les autres estimant que leur intérêt est d'être connus de tous pour œuvrer plus largement.

(*) A noter : la parution au répertoire des métiers de la FPH de la fiche métier portée par la CNCRP

La presse scientifique et l'open access, histoire d'une évolution

La connaissance scientifique est-elle en train de vivre la révolution que la musique a vécue il y a quelques années ? Passer d'une situation de quasi-monopole par les maisons de disque/d'édition à une libre écoute/lecture de l'ensemble des morceaux/articles gratuitement. Les habitudes de lectures comme de l'écoute ont changé, ainsi que le mode de distribution. Pour comprendre les évolutions en cours et futures il est important de savoir où et comment les choses ont commencées.

Les sociétés savantes et la diffusion du savoir

Au cours des XV^{ème} et XVI^{ème} siècles, le rythme de l'activité scientifique est en plein essor et les découvertes scientifiques se font au sein de diverses institutions. Les « chercheurs » étaient employés par des souverains ou des nobles, d'autres travaillaient dans des monastères ou des universités, d'autres encore étaient des citoyens indépendants, riches et puissants. En 1603, le premier groupe organisé explicitement dans le but de faire progresser la science a été créé à Rome par le duc Federigo Cesi : *l'Accademia dei Lincei*. Elle comprenait certains des scientifiques les plus éminents de l'époque, tels que Galileo Galilei (1564-1642) [1]. Ils ont défendu le rôle des expériences dans l'avancement des connaissances et le rôle d'un groupe d'experts comme le leur soutenir la recherche scientifique. *l'Accademia dei Lincei* a publié un certain nombre d'ouvrages importants, dont ceux de Galilée, chacun portant l'écusson de l'Académie sur lequel un lynx symbolise la vérité scientifique dans sa lutte contre l'ignorance.

Ces premiers développements, ont donné lieu à la création de sociétés scientifiques très influentes : l'Académie des sciences de Paris et la Royal Society de Londres. Ces deux organisations étaient institutionnellement très différentes. L'Académie de Paris a été fondée en 1660 par Louis XIV. Il s'agissait à l'origine d'un petit groupe de mathématiciens et de physiciens, soutenus par des allocations gouvernementales, qui avait pour objectif d'étendre et de propager les travaux du physicien français René Descartes (1596-1650). À la fin du siècle, l'Académie avait augmenté sa taille et étendu ses activités à tous les domaines de la recherche scientifique. L'élection à l'Académie était une grande réussite pour un scientifique et lui assurait un soutien financier ainsi qu'un prestige scientifique. L'Académie des sciences est devenue le centre de l'activité scientifique en France - peut-être dans le monde - pendant la majeure partie du XVIII^{ème} siècle. Elle publiait ses actes et des résumés des travaux scientifiques réalisés par des chercheurs dans d'autres pays, qui préfiguraient en importance les revues scientifiques des siècles suivants, et qui contribuaient à établir l'idée de ce que devait être une carrière scientifique [2].

La Royal Society of London a été créée en 1662 avec une charte du roi Charles II, mais sans aucun soutien financier. La Royal Society est née de nombreuses années de réunions informelles entre savants de Londres et d'Oxford. Elle était fière de son indépendance vis-à-vis du gouvernement, même si la nécessité pour les membres de subvenir à leurs besoins et de financer les activités de la Société a fait des problèmes d'argent un problème récurrent tout au long du premier siècle d'existence de la Société. À l'instar de l'Académie des sciences, la Royal Society est devenue un centre d'échange d'idées et de rapports scientifiques, ainsi qu'un nœud central dans le réseau de communication qui se développait entre les scientifiques de toute l'Europe et des colonies européennes. Les chercheurs du monde entier envoyaient les résultats de leurs travaux ou même leurs observations fortuites au groupe d'érudits de Londres. Les membres discutaient ensuite des idées et, surtout, publiaient les comptes rendus dans les *Proceedings*. Les découvertes scientifiques d'Isaac Newton (1642-1727) et de Benjamin Franklin (1706-1790) y côtoient des rapports de fermiers sur des veaux nés avec deux têtes. Progressivement, le jugement de la Société est devenu plus critique, et la publication d'un travail dans les Actes ou la discussion de ses résultats devant la Société constituait une validation importante de la valeur scientifique [3].

On va ici se dessiner ce qui va devenir un modèle commun de communication des travaux scientifique à la fois en termes de travaux et de présentation devant ses pairs. Au cours des années, les sociétés savantes se développent un peu partout dans le monde et dans les différentes disciplines de la science. La diffusion du savoir devient un enjeu primordial mais c'est un tout autre métier que celui de chercheur.

C'est là qu'entre en scène les maisons d'édition, détenteur d'un savoir-faire issu de l'imprimerie. L'une des plus connue est Elsevier qui était spécialisée dans l'édition d'ouvrages scientifiques et s'est petit à petit imposée au niveau international et en devenant un des éditeurs les plus importants de journaux scientifique comme le Lancet [4-5]. Le fait que les maisons d'édition aient le monopole sur la production des journaux papiers fait qu'ils sont en position de force vis-à-vis des chercheurs et des universités.

Pendant de longues années, ce sont les maisons d'éditions qui vont s'approprier les savoirs en demandant aux chercheurs de céder leur droit pour que leurs travaux soient publiés dans les revues. Les chercheurs sont alors devant une impasse car c'est pour eux la seule façon qu'il ont de pouvoir diffuser les résultats de leurs travaux à la communauté scientifique. Ce modèle est encore fortement ancré dans le monde académique.

Du côté des chercheurs, la pression institutionnelle est permanente. Pour évoluer, le chercheur doit publier. C'est le fameux « publish or perish ». Finalement, cela n'est bénéfique pour personne car on voit apparaître des résultats de recherches bâclés, avec des méthodes peu travaillées qui laissent douter de la valeur des résultats. (Pour plus d'information lire les Questionnaire Research Practice - QRP)). Le système de publication en place est connu pour ne pas être optimal mais personne n'ose s'attaquer réellement au problème de fond car les distributeurs de journaux sont devenus des incontournables du paysage scientifique. Toutefois un équilibre était trouvé du fait que les chercheurs envoyaient leurs articles aux journaux, les éditeurs expertisaient les travaux, les journaux diffusaient les résultats et les institutions (Universités) payaient les abonnements pour recevoir les journaux et avoir accès aux articles.

La révolution numérique

Avec l'arrivée du numérique, les habitudes de lectures ont commencé à changer. On lit de moins en moins un journal mais de plus en plus des articles issus de différents journaux sur une thématique particulière. De plus, les articles circulent plus facilement, s'échangent par mails etc. L'abonnement à un journal n'est plus un modèle économique viable pour les maisons d'éditions et quasiment personne ne paie pour lire 1 seul article tant le prix est élevé (en 30 et 50\$ en moyenne).

C'est là que commence à apparaître cette idée d'accès ouvert de la science : « l'open access ». Afin de rendre les articles accessibles à tous, les maisons d'éditions ont alors trouvé une alternative intelligente en basculant les rentrées d'argent du lecteur vers l'auteur. Et oui, si l'on souhaite que l'article soit accessible, en tant que chercheur il faut maintenant payer.

Aujourd'hui, le modèle couramment utilisé est le suivant :

Le chercheur cherche d'abord des financements pour ses projets. La plupart du temps, ce sont des fonds publics. Ensuite il réalise ses projets qui donnent des résultats plus ou moins satisfaisant mais qu'il est important de partager à la communauté. Il souhaite donc publier. Entre temps il a été sollicité de nombreuses fois par des journaux pour relire les travaux d'autres chercheurs et donner son avis d'expert. Bien évidemment, ce travail ne fait ni parti de ses missions, et n'est pas du tout rémunéré par les journaux qui le sollicitent. Après des heures passées à traiter les données et écrire son manuscrit avec l'ensemble de ses collègues, le chercheur est prêt à soumettre son travail. En amont il avait ciblé plusieurs journaux qu'il a l'habitude de lire et dans lesquels des chercheurs travaillant dans le même domaine ont l'habitude de publier.

Cependant les coûts de publication (une fois que l'article est accepté) sont entre 2500\$ et 4000\$ pour que l'article soit en Open-Access (gratuit pour le lecteur. En prévision, le budget est déjà prévu dans les demandes de financement mais c'est un crève-cœur pour beaucoup de donner cet argent lorsque l'on sait que les auteurs ne toucheront jamais d'argent vis-à-vis de cette production et ni les chercheurs qui évalueront le travail. Finalement, seuls les distributeurs y gagnent. C'est là que l'on entrevoit les limites d'un système qui fonctionne uniquement sur le fait que les chercheurs ont tellement la pression pour publier qu'ils acceptent de le faire dans des conditions qui sont vu nulle part ailleurs. Dans quel domaine réalise-t-on des expertises sans être payer ? Dans quel domaine l'auteur cède quasiment l'entièreté de ses droits ? L'article n'a pas pour but de plaindre la situation des chercheurs mais de mettre en lumière une situation complexe qui pose question sur l'avenir.

Bien entendu, ce n'est ni tout noir, ni tout blanc et il existe des modèles plus « vertueux » dans l'open access où ni les auteurs ni les lecteurs paient (Figure 1) [6]. Toutefois, il faut garder en tête qu'il y a des hommes et des femmes derrière chaque organisation qu'il est nécessaire de financer pour le travail réalisé.

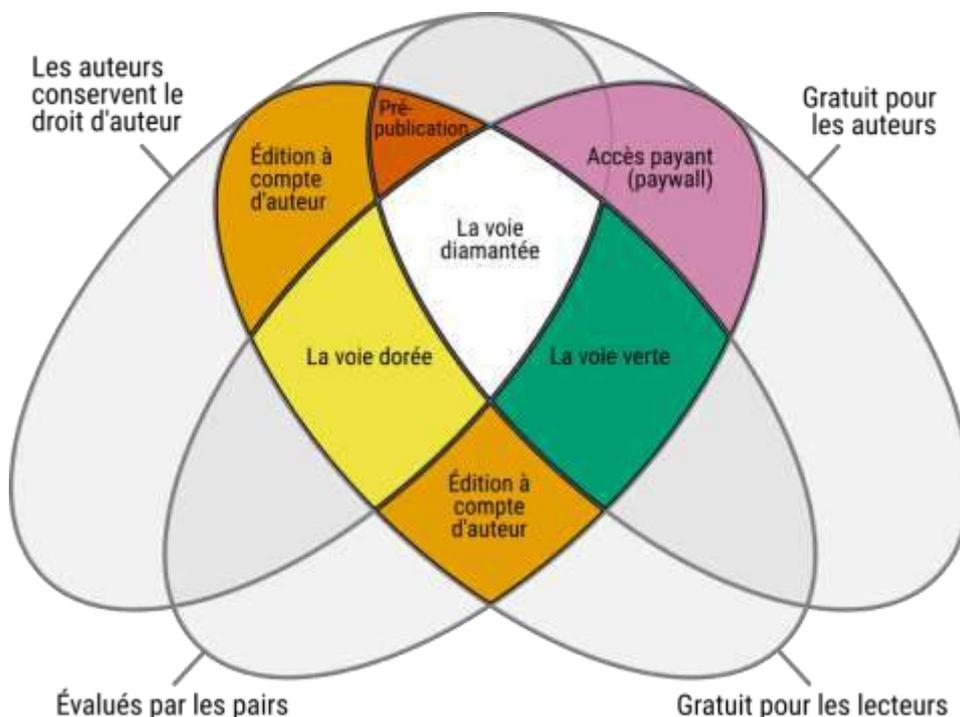


Figure 1 : Diagramme de Venn présentant les différentes voies d'édition scientifique en libre accès (Open access).

Les nouvelles maisons d'édition, un business attractif

L'Open Access a aussi été l'occasion pour des opportunistes de s'enrichir rapidement. Rappeler vous que les chercheurs sont sous pression pour publier. Plusieurs agences se sont donc lancées dans cet univers créant des revues 100% numériques, sans besoins de distribution, ni d'impression, mais simplement d'un service de production numérique. Ses agences ont mis le paquet sur le marketing et ont recruté des éditeurs reconnus dans leur milieu scientifique afin d'attirer leur collègue à publier chez eux. C'est ainsi que de nouvelles maisons d'éditions ont vu le jour en apportant des spécificités liées aux numérique comme la possibilité de voir les relectures. Dans ces journaux, il faut encore payer, et la qualité des revues dépend des équipes éditoriales et où seul le rédacteur en chef est indemnisé, les autres éditeurs, encore une fois, accepte ce rôle (trouver des relecteurs et faire des expertises) gratuitement.

A côté de cela, vous avez aussi des journaux beaucoup moins scrupuleux. Ils ont la forme de journaux scientifiques, ils semblent avoir une équipe solide et ont aussi des tarifs attractifs avec des délais de réponses intéressant. C'est une bonne nouvelle pour les chercheurs car, si l'article doit être modifié ou refusé, ils pourront plus rapidement aller soumettre leur travail dans un autre journal. Mais malheureusement, ces journaux ne sont que des vitrines. Ils ne cherchent qu'à récupérer l'argent et votre article ne sera publier nulle part. C'est ce qu'on appelle les journaux prédateurs. Il existe une liste des journaux considérés comme des journaux prédateurs : <https://beallslist.net>, et la liste est longue.

Le retour du savoir propre aux sociétés savantes

Le tableau peut sembler très noir à la lecture de ce texte mais les signes d'évolutions apparaissent et laisse présager quelques changements futurs. Dans un premier temps, la prise de consciences des chercheurs et des Universités de l'aberration du système a fait prendre certaines mesures. Plusieurs universités anglo-saxones demandent à leur chercheur de ne plus publier chez telle ou telle maison d'édition. Ensuite, les crédits pour la publication peuvent être en priorité fléchés pour des journaux tenues par des sociétés savantes (hébergée ou non dans des maisons d'édition). En France par exemple, l'ensemble des projets financés par des fonds publiques ont obligation de publier dans des journaux en Open Access, et les chercheurs doivent aussi mettre à disposition leurs données sur des dépôts en libre accès. Cela permet d'éviter de donner de l'argent à des maisons dont la priorité n'est pas la qualité du contenu mais plus la tendance du moment qui rapportera des téléchargements.

D'autres part, avec le développement de plateforme ouverte pour le dépôt de protocoles, de pré-print et l'aide au développement de plateforme pour la création de journal, les chercheurs se réapproprient petit à petit leurs productions. C'est le choix qu'a récemment fait la Société Française de Physiothérapie en créant son propre journal, indépendant et dans un format Diamond Open-Access où, ni les auteurs, ni les lecteurs ne paient [7].

Comme dans beaucoup de milieu, la publication scientifique est en train de vivre un changement. De la rédaction assistée par l'I.A à sa diffusion de plus en plus tôt et via différent vecteur, le modèle des maisons d'édition comme propriétaire des savoirs est obsolète. Je ne saurais pas vous dire si un modèle sera meilleur qu'un autre. Mon seul souhait est que les découvertes scientifiques puissent circuler librement tout en gardant un contrôle par les pairs avec une réelle reconnaissance vis-à-vis des gens qui font vivre cette science, du relecteur à l'éditeur, sans oublier le chercheur.

- 1 - Pyenson L, Sheets-Pyenson S. Servants of nature: a history of scientific institutions, enterprises and sensibilities. 1999.
- 2 - Hahn R. The anatomy of a scientific institution: the Paris Academy of Sciences, 1666-1803. Univ of California Press; 1971.
- 3 - Lyons SH. The Royal Society, 1660-1940: A History of Its Administration Under Its Charters, by Sir Henry Lyons... University Press (printed by W. Lewis); 1944.
- 4 - Histoire [Internet]. [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.elsevier.com/fr-fr/about/our-business/history>
- 5 - Elsevier. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Elsevier&oldid=206108632>
- 6 - Jamie Ian (2018-07-31). "Introducing Volcanica: The first diamond open-access journal for volcanology". *Volcanica* 1 (1): i–ix. DOI:10.30909/vol.01.01.i-ix. ISSN 2610-3540.
- 7 - Elkins M, Moseley A, Pinto RZ. A new high-quality scholarly journal will help drive physiotherapy towards being an evidence-based healthcare profession in France. *European Rehabilitation Journal*. 2021 May 17;1(1):1–2.

**Rendre
accessible,
lisible et visible !**



RetEx

Portraits, Parcours & Paroles

Guillaume DAVY
Manipulateur d'électroradiologie en échographie,
Coordonnateur Paramédical de la Recherche,
CHU Poitiers
Coordonnateur scientifique de l'AFPPE Association
Française du Personnel Paramédical d'Electroradiologie

Lors de mon diplôme en 2001, le sujet de la recherche paramédicale était inexistant. En tant que manipulateur d'électroradiologie, j'ai exercé sous divers postes dans cette discipline. Notamment en échographie où je remplis mes fonctions via un protocole de coopération et grâce à l'obtention du DIU d'échographie d'acquisition.

Ma première étude fut écrite il y a 10 ans. À cette date et en l'absence de structuration de la recherche paramédicale, j'ai appris à mes dépens. Cet exemple illustre l'importance de la formation pour acquérir des compétences de recherche, de l'accompagnement et de l'esprit collaboratif. Un remerciement aux mentors aidant et il est limpide de conseiller à tous les jeunes chercheurs de ne pas s'isoler.

Cette expérience est une source de motivation pour promouvoir la recherche paramédicale, la rendre accessible et la démocratiser

Depuis cette époque, je suis le coordinateur scientifique de l'Association Française du Personnel Paramédical d'Electroradiologie.

article à retrouver *
dans le dossier
L'ESSENTIEL RECHERCHE
sur www.cnks.org
(* octobre 2023)

Depuis, plusieurs éléments marquants de la recherche paramédicale pour les manipulateurs d'électroradiologie ont été réalisés par l'association :

- Prix SFR/AFPPE : depuis 2013, celui-ci est attribué conjointement entre la société savante médicale et celle des manipulateurs d'électroradiologie. Il récompense à hauteur de 2 000 euros un projet de recherche porté par un manipulateur d'électroradiologie.
- Bourse de recherche : 3 projets ont déjà été sélectionnés. L'AFPPE et le CNP mèneront la bourse 2023, celle-ci se dote d'un montant de 30 000 euros maximum pour le projet lauréat. Les candidatures seront ouvertes vraisemblablement à la rentrée.
- Bourse doctorale : dans cette lignée l'AFPPE va discuter lors de son prochain conseil d'administration en octobre 2023 de l'instauration d'une nouvelle bourse doctorale de 10 000 euros. En effet, le métier souffre de deux écueils : le manque de parcours santé spécifique à la discipline de type master et le manque d'accès à un CNU de cette profession.

La recherche paramédicale est un moyen d'interagir de manière interprofessionnelle.

Véritable atout, l'échange avec les autres professions permet de décroquer nos activités.

Ainsi, mon expérience de coordonnateur de la recherche paramédicale du territoire du GIRCI Grand-Ouest en 2015, a permis d'échanger et de construire un réseau avec divers acteurs issus de plusieurs professions. De même, j'ai assisté à la création de la "Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche" (CNCPR) véritable regroupement national des coordonnateurs de la recherche paramédicale. L'interprofessionnel et l'animation du territoire sont des thèmes essentiels dans les ajustements attendus de notre système de santé.

Suite au redécoupage des régions, le CHU Poitiers a intégré le GIRCI SOHO. Par ailleurs, je conserve, à parts égales, une activité clinique au sein du CHU ainsi qu'une activité en tant que coordonnateur de la recherche paramédicale sous l'égide de la Direction des Soins. De nouvelles missions sont en cours d'ajustement en lien avec la rédaction du projet de soins. Le livre blanc de la promotion de la recherche paramédicale écrit par la CNPR permet de centrer notre projet autour des 4 axes phares : professionnaliser, soutenir, diffuser et décloisonner.

Les missions du coordonnateur paramédical de la recherche sont vastes et celles retenues par la CNCPR consistent à concevoir, piloter et mener des actions pour développer et valoriser la recherche en soins. Mais aussi d'accompagner les professionnels paramédicaux dans leurs projets de recherche, en lien avec la coordination générale des soins et les instances de recherche de l'établissement. Il s'agit également d'assurer des travaux de recherche et d'enseignement dans ses domaines d'expertise.

Le contexte actuel du manque de soignant met en exergue le levier d'attractivité que représente la recherche paramédicale. En effet, elle renforce les perspectives, initie les nouveaux métiers, et augmente le sens des soins délivrés. La valorisation par nos pairs constitue un élément essentiel de valorisation.

L'acculturation scientifique de tous les soignants améliore la prise en soin des usagers, et place le coordinateur paramédical de la recherche au cœur de ce processus. Le rôle de la clinique est primordial dans la recherche, tant pour la nourrir que pour confronter des données ou des parcours innovants. Comme beaucoup de chercheurs, notre parcours se fonde sur l'association de la clinique et des questionnements alimentant la recherche.

Actuellement, tiraillé entre une pénurie aigüe de soignants et une précarité des postes de recherche paramédicale, il est crucial de disposer de nouvelles fonctions pérennes associant l'organisation universitaire et hospitalier afin de construire et prolonger nos actions. La recherche paramédicale a besoin de ces éléments afin d'installer, sur le long terme, un terreau propice à l'essor de cette discipline essentiel à nos métiers et à nos patients.

Guillaume DAVY

Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche. (2022). *LE LIVRE BLANC DE LA PROMOTION DE LA RECHERCHE PARAMEDICALE EN ETABLISSEMENT DE SANTE*. <https://larechercheparamedicale.fr/2022/07/28/le-livre-blanc-de-la-promotion-de-la-recherche-paramedicale-en-etablissement-de-sante/>

A NOTER :

**Guillaume DAVY participera
aux JNKS ROUEN des 5 et 6 octobre**

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Damien GALTIER
Diététicien, Coordonnateur
de la recherche paramédicale au CH Manhès

Manhès, petit CH de proximité, est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) situé dans le département de l'Essonne en Ile de France sur la commune de Fleury-Mérogis et géré par l'Union Mutualiste d'Initiative Santé (UMIS).

Aujourd'hui l'hôpital met à disposition de ses patients adultes :

- un service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR, anciennement SSR) comprenant une unité Nutrition, une unité Conduites Addictives et une unité Polyvalente. Ce SMR est couplé à un hôpital de jour, et une équipe paramédicale se répartit dans toutes ces unités : 16 infirmières (dont 3 spécialistes en ETP), 2 kinés, 2 enseignants APA, 2 diététiciennes (dont 1 spécialiste de l'ETP), 1 Art Thérapeute et 2 psychologues (dont 1 spécialiste ETP) ;
- un centre d'hémodialyse, dans lequel sont dédiés une vingtaine d'infirmières, une diététicienne, 1 psychologue et 1 kiné (à mi-temps) ;
- un service de Psychiatrie, où 1 enseignant APA, 10 infirmières et 2 psychologues accompagnent quotidiennement les patients. Sur demande, une diététicienne et un kinésithérapeute (service SMR) peuvent être mis à disposition momentanément.



Au total, 127 lits et places sont disponibles au sein de CH Manhès. Il s'agit donc d'un tout petit hôpital de proximité sur un territoire situé au cœur d'une population vivant en Quartiers Prioritaires et Politiques de la Ville (QPV).

Et dans cette liste il faut y ajouter une Cellule de Recherche En Soins paramédical et en Prévention santé, que nous avons baptisée la CRESP, avec à ce jour 1 poste à temps plein de coordonnateur ! Mais comment un si petit centre hospitalier a réussi cet « exploit » et quelle mission détient cette CRESP et ce coordonnateur ?

Hasard ? Stratégie ? Opportunité ? Un peu de tout ça en réalité.

Historique de la Cellule de Recherche En Soins et Prévention

Il faut revenir au début de 2015 : la direction du CH Manhès par le biais de sa Directrice, Isabelle Etienne, et de sa Cadre Supérieure de Santé, Nathalie Michon, relaie sur « l'intranet » de l'hôpital la proposition pour un ou deux paramédicaux, soignants ou éducateurs de candidater à la BARS (Bourse Avenir et Recherche et Soins). Une bourse attribuée par la Fondation de l'Avenir, permettant un financement pour suivre un Diplôme Universitaire de Recherche en Soins à Ecole Supérieure Montsouris de l'Université de Créteil.

Cette bourse permet à l'établissement de financer le remplacement du ou des « heureux » élus afin qu'ils soient pleinement détachés et puissent suivre leurs études pendant 1 an et demi.

Diététicien diplômé depuis... 1986 (!!!), je pensais avoir tout connu de ma profession, puisqu'après une installation éphémère en libéral, j'ai été tour à tour attaché à des fédérations sportives, à des sociétés commerciales, à des médias (revues, livres, radio, TV...), à des réseaux de santé, à des organismes de formations... et depuis 15 ans, à l'hôpital en tant que diététicien spécialisé en éducation thérapeutique du patient (obésité, addictologie essentiellement).

La recherche ????? Dans mon esprit, elle était réservée aux médecins, voir à quelques professions de soignants ou d'éducateurs, mais pas à « nous » les diététiciens, cela ne faisant pas partie de notre cursus « scolaire ».

Mais suite à une discussion avec une collègue, Isabelle Petit-Graff, éducatrice en activités physiques adaptées (dont la formation en STAPS les initie, eux, à la recherche) nous décidons de proposer notre candidature.

Notre lettre de motivation et la soutenance de notre projet (« *Construction, impacts et reproduction d'un Atelier d'évaluation en 3 D d'un Programme d'Éducation Thérapeutique de Patients vivant avec une Obésité chronique* ») ayant été retenues par la Fondation de l'Avenir, nous voici de retour sur les « bancs de l'université » et lancés dans l'aventure passionnante de la recherche.

Création « sous condition »

Mais que faire du diplôme une fois obtenu en 2017 ? Notre Directrice nous lance alors le défi suivant : nous proposer un mi-temps dans la recherche (l'autre mi-temps étant consacré aux services de soins), mais à une condition : trouver des financements pour des projets dont une partie du budget puisse être alloué à la coordination !

Pas simple ! Mais nous tentons. Nous pensons d'abord candidater au PHRIP, soutenu par le Prof Etienne Audureau de l'URC Henri Mondor de Créteil, qui faisait partie du Jury lorsque j'ai présenté mon mémoire et qui m'a encouragé à réaliser un protocole sur ce dernier (« impacts des ateliers de cuisine thérapeutique dans la prise en charge des patients vivant en situation d'obésité »). Si la Lettre d'intention fut acceptée, nous avons échoué à l'étape d'expertise finale, avec notamment comme motif essentiel : « projet pas assez « diététique » (notre critère de jugement principal était à l'époque un questionnaire de Sentiment d'Efficacité Personnelle), et surtout pas assez d'expérience dans la recherche et dans la coordination de projet pour mener un projet aussi ambitieux ! »

Ce fût le déclic pour un 2^{ème} défi : réaliser dans un 1^{er} temps des petits projets, en interne, avec ces données rétrospectives, puis proposer dans un 2^{ème} temps des études prospectives, d'abord en interne, puis en s'ouvrant vers les « autres » (réseaux de santé, petits hôpitaux, grands hôpitaux, CHU...) pour apprendre, écouter, partager et créer des partenariats.

Le PHRIP, élément déclencheur

Nous avons ainsi obtenu plusieurs prix de recherche et de communication

- 1^{er} prix du poster scientifique de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes, Bordeaux 2017,
- 1^{er} Prix de recherche de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolique, Reims 2017,
- 1^{er} Prix Avenir Recherche et Innovation, Paris 2018) et

- en 2019, le graal pour notre établissement : le PHRIP (« *Impact des ateliers de cuisine thérapeutique dans la prise en charge du patient adulte vivant avec une obésité sur l'équilibre alimentaire : étude interventionnelle randomisée en clusters de type stepped wedge* », acronyme CuisTO) avec le même projet, mais avec un critère plus en lien avec la diététique et avec une plus grande expérience issue notamment des financements ARS obtenus en proposant des recherches interventionnelles en santé publique (RISP) au sein des QPV entourant l'hôpital.

Avec le départ en 2019 de ma collègue, la direction de l'hôpital me propose alors un temps plein de coordonnateur de la recherche en soin, où la question de « l'autofinancement » est devenue, avec le temps, moins présente (même si elle est toujours un peu souhaitée dès que l'opportunité se présente dans les appels à projet) !

Le rôle de coordonnateur

Mais quel rôle peut jouer un coordonnateur paramédical au sein d'une cellule de recherche (plutôt une « mitochondrie ») d'un petit CH ?



Pour le nouveau Directeur de Manhès, arrivé il y a quelques mois, j'ai présenté la diapositive suivante, représentant une évaluation de la répartition de mon temps de travail, en soulevant bien sûr l'importance de garder ce poste (mais il avait l'intention de le faire), et de recruter une personne pour m'épauler (moins évident !).

Bien sûr, il ne s'agit que d'une estimation et les temps varient tous les mois, en fonction notamment des projets et thématiques.

Ainsi, une grande partie des recherches effectuées au sein du CH Manhès s'effectue « hors des murs » de l'hôpital. Il s'agit de recherche interventionnelle en Santé Publique, qui permet au sein de notre territoire d'implantation d'identifier ou de mettre en place des interventions de prévention et d'en tester l'impact et leur validation éventuelle pour être source de propositions d'actions efficaces en termes de prévention santé.

Mon rôle est tout d'abord d'identifier des partenaires : collectivités locales, paramédicaux en libéral, communes avec des Contrats Locaux de Santé, Centres de santé...

De nombreuses réunions d'informations, voire de formations sur les thématiques choisies en lien avec les services du CH Manhès (lutte contre les addictions tels tabac, alcool, drogue..., lutte contre l'obésité, lutte contre la sédentarité, lutte contre les troubles mentaux...) sont organisées régulièrement, tout comme un suivi pour ne pas réaliser simplement « de l'action pour de l'action », mais bien avec la thématique recherche.

Du coup, la « construction » d'outils (questionnaires et moyens d'évaluation adaptés aux publics cibles, souvent issus de cultures différentes au sein des QPV, l'élaboration de dispositifs éducationnels et/ou de préventions tout aussi appropriés etc) demande un temps considérable dans le cas d'une RISP. Les grandes structures ont souvent un service dédié, ce qui n'est pas le cas à Manhès.

La gestion des budgets, incluant la réception, la validation et la remise à la comptabilité de l'établissement par exemple des factures des paramédicaux en libéral, est plus chronophage que pour la recherche en soin paramédical, confiée bien souvent directement au service financier de notre établissement.

Du coup, je ne peux passer actuellement que 5% de mon temps à encourager et inciter les paramédicaux de l'établissement à s'intéresser à la recherche en tant que telle, et dont ils se détournent bien souvent par manque de temps ou de « culture » recherche.

Je présente régulièrement la recherche dans les différents staffs des différents services, interroge les paramédicaux sur leur pratique, tout en essayant de faire naître un sujet de recherche... Les plus intéressés sont les enseignants en activité physique, car ils ont cette fameuse « culture », ainsi que les psychologues des différents services. Les infirmières, surtout celles de dialyse, viennent ensuite, suivi de très loin par nos 2 kinés, qui ne trouvent pas suffisamment de temps pour s'y intéresser. Les diététiciennes ne sont pour l'instant pas vraiment réceptives, prétextant que je représente déjà suffisamment la profession au sein de la recherche à Manhès !

L'autre problème rencontré, est la rémunération ! Les paramédicaux accepteraient plus volontiers de participer si les actes réalisés spécifiquement pour la recherche étaient rémunérés en heures supplémentaires, ce qui n'est jamais le cas dans notre établissement.

Du coup, quel avenir pour la recherche paramédicale au sein du CH Manhès ?

Actuellement, nous avons plusieurs recherches en cours, notamment avec CuisTO, PHRIP 2019, dont la moitié des inclusions sont déjà réalisées. Une lettre d'information est écrite tous les mois pour que tous les partenaires suivent son avancée, et un site spécifique lui est dédié, en plus du site spécifique à la Cellule de Recherche CRESP (<https://www.cresp-manhes.fr/>)

Mon poste de coordonnateur paramédical de la recherche en soin n'est pas remis en cause par la nouvelle Direction, la recherche devant faire partie du prochain projet d'établissement car elle est considérée comme un outil de communication efficace au sein de notre territoire et de nos financeurs (ARS notamment).

De même, l'appartenance récente du CH Manhès à un Groupement de Coopération Sanitaire incluant 5 espics de l'Essonne, le GPS 91 (Guérir Prévenir Soigner en Essonne) va permettre de proposer 1 200 lits et places sur le territoire sud Essonne et donc tout autant de possibilités de motiver et de « recruter » des paramédicaux afin de réaliser de nombreuses recherches sur différentes thématiques.

Damien GALTIER

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Caroline SERNICLAY
CDS Infirmière
Coordinatrice paramédicale
de la recherche en soins
Pilote de la CNCPR

Mon parcours : d'infirmière, à cadre de santé en unité, à coordinatrice de la recherche en soins au CHU de Reims et pilote de la Commission Nationale des Coordonnateurs de la Recherche

Mon engagement professionnel a été consacré à la recherche de l'amélioration des pratiques de soin en ayant toujours le souci de donner un sens à ce que j'entreprenais.

- **Engagée dans le questionnement des pratiques en tant qu'infirmière et cadre de santé au sein d'une unité**

Depuis l'obtention de mon diplôme infirmier en 1999, j'ai toujours fait des choix dans une perspective de construction de mon parcours professionnel. J'ai choisi l'hôpital public.

Travailler à l'hôpital public a un sens fort, attaché à des valeurs, avec un engagement dans des missions de recherche, d'enseignement, une diversité des publics, des prises en charges, un service offert à tous, une continuité des soins.

Mon expérience d'infirmière au sein d'un pool de remplacement sur des missions longues au CHRU de Lille m'a permis de me construire des expériences de travail riches, diverses.



L'appartenance à cette équipe venait parfaitement nourrir ma curiosité professionnelle, mon désir d'apprendre, mon souci d'aller vers les autres. Chaque mission de remplacement était l'occasion de se confronter à des pratiques nouvelles, des façons de faire différentes et suscitait donc chez moi une remise en question de mes pratiques.

Le regard critique que je posais sur les organisations de soins, mon envie d'évoluer, de participer autrement à la prise en charge des patients, m'a conduit à évoluer vers les fonctions de cadre de santé. J'ai pris un poste de cadre en maladies infectieuses au CHRU de Lille. Ce premier poste cadre a réellement été pour moi une source d'épanouissement professionnel et d'apprentissage. En effet, j'ai contribué à la création de cette activité nouvelle au sein du CHRU.

Le binôme créé avec l'encadrement médical a fortement contribué à la réussite de ce service. La collaboration mise en place, la confiance réciproque, une même ligne directrice de conduite, ont permis de mettre en place des prises en charge sécuritaire en adéquation avec les référentiels d'hygiène notamment ou concernant l'utilisation des antibiotiques et de se positionner en service de référence pour certaines pratiques.

Une pratique de soins basée sur des preuves ! C'est vraiment dans ce service stimulant que l'idée de faire de la recherche a commencé à germer.

A l'époque, je parlais davantage de valorisation de pratiques innovantes, de réflexions sur l'amélioration de ce qui était fait au quotidien par les équipes. C'est tout naturellement, que chaque année, nous avons présenté des posters aux journées nationales d'infectiologie. A plusieurs reprises, nous avons gagné le prix du meilleur poster, ce qui à chaque fois crée une émulation positive dans le service. Pour conforter l'expérience acquise dans ce service, j'ai validé un Diplôme Universitaire en hygiène et infections associés aux soins. Le mémoire réalisé pour ce DU a marqué mes premiers pas dans la recherche : j'ai réalisé, à une petite échelle, une étude rétrospective sur des patients atteints de tuberculose.

En 2014, j'ai rejoint le CHU de Reims en tant que cadre de santé en néphrologie, dans le secteur des consultations, hôpital de jour néphrologie, transplantations. De nouveau, ma curiosité professionnelle a pu être assouvie, notamment par la découverte d'une nouvelle spécialité mais également par l'éducation thérapeutique (ETP), où j'ai pris la coordination du programme.

L'ETP est une démarche de questionnement, d'adaptation à l'autre, une approche individualisée, où là encore, il faut être capable se remettre en question pour évoluer et faire avancer les pratiques.

La dynamique portée par l'encadrement supérieur a fortement contribué aussi à mon évolution vers un poste en recherche.

En effet, à l'initiative de la cadre supérieur et la cadre de santé d'hémodialyse, un PHRIP a pu voir le jour, ce qui m'a permis d'approcher les étapes de la construction d'un projet paramédical et sa mise en place.

Devenir Coordinatrice paramédicale de la recherche en soins au CHU de Reims : diffuser la culture recherche au sein de mon établissement

L'opportunité de l'ouverture d'un poste de cadre de santé et l'appui de mon encadrement supérieur m'a permis d'accéder au poste de coordinatrice de la recherche que j'occupe depuis 5 ans. Devenir Coordinatrice paramédicale de la recherche en soins a été une continuité dans mon parcours cadre marqué par l'optimisme d'œuvrer pour les patients et le métier d'infirmier avec l'intime conviction que transmettre, accompagner, réfléchir sur les pratiques devaient être une ambition au quotidien en tant que cadre et que je pouvais le transmettre à tous.

En tant que coordinatrice de la recherche en soins, j'ai pour mission de sensibiliser les équipes soignantes à la recherche, de les accompagner dans leurs projets, d'entraîner les équipes de terrains dans la dynamique de recherche impulsée par l'établissement. Je collabore étroitement avec la DRCl.

Concrètement, cette mission de développement de la recherche et la réponse aux appels à projets est loin d'être aisée et demande persévérance, patience, formations des soignants, comme ce qui est le cas dans le développement d'une activité nouvelle dont peu de soignants en ont encore fait l'expérience.

Je suis pour ma part convaincue du bienfondé de la recherche et de l'impact qu'elle peut avoir pour le patient, pour l'équipe et pour l'avenir des professions paramédicales.

Ma préoccupation première a toujours été la mise en avant de ce qui était fait, et bien fait mais également de questionner la pratique : est-ce que ce que je fais, c'est la meilleure façon de le faire ? Est-ce que je peux le faire autrement ?

L'enjeu est d'associer recherche et pratique, recherche et soins et de développer une recherche adossée aux services de soins, au terrain et à leurs problématiques : une recherche porteuse de sens, où chacun des soignants peut se projeter et s'identifier. L'objectif est de faire évoluer chacun vers la recherche en fonction de ses compétences et en fonction de ses préoccupations de terrain.

Certes, cette démarche demande du temps, une disponibilité d'esprit pour faire preuve de créativité, éléments qui ne sont pas forcément ce que les paramédicaux disposent le plus dans leur pratique quotidienne, mais en contrepartie, pour ma part, elle m'a toujours apportée sur le plan personnel une grande satisfaction et sur le plan collectif une dynamique d'équipe et l'envie d'aller de l'avant. Celle-ci est liée au fait de travailler ensemble sur un projet commun, de relever des défis, d'innover dans ses pratiques, de rencontrer d'autres professions, de partager nos cadres de soins.

Il y a d'un côté une orientation stratégique définie par l'établissement qui existe et de l'autre une culture de la recherche qu'il faut distiller petit à petit dans les services, pour à terme, généraliser la démarche de projets de recherche et d'utilisation de données probantes.

Une structuration nationale : la Commission Nationale des Coordonnateurs de la Recherche (CNCPR) rejoindre et s'engager dans un collectif

La recherche en soins a connu un formidable essor ces 10 dernières années, soutenue par une organisation nationale, la CNCPR. Cette commission est née en 2015 d'une volonté commune de la commission ressources humaines - coordinateurs généraux des soins de la conférences des directeurs généraux de CHU et des professionnels paramédicaux en charge du développement de la recherche en soins dans les CHU.

Ses membres sont des professionnels paramédicaux, coordinateurs de la recherche en soins, désignés par les coordinateurs généraux des soins de chacun des 32 CHU. Elle fonctionne avec un bureau, composé de 6 membres avec 1 pilote et 1 copilote. La commission se réunit en présentiel de façon trimestrielle.

Depuis ma prise de poste en 2018 en tant que coordinatrice de la recherche, j'ai rejoint ce groupe, et m'y suis investie très rapidement au sein du bureau, en tant que copilote. J'assume actuellement depuis novembre 2021 la fonction de pilote au sein de la CNCPR.

La CNCPR a pour objectif global de fédérer en réseau tous les coordinateurs paramédicaux de la recherche en soins en vue de promouvoir, développer, valoriser et structurer un réseau dans ce domaine. Les missions de la CNCPR sont de favoriser les échanges entre établissements, le développement de partenariat, de contribuer aux réflexions stratégiques de la recherche en soins, de valoriser la recherche menée par les paramédicaux.

Ce groupe professionnel, animé par une volonté commune de développer la recherche en soins, est une réelle force pour diffuser le plus largement possible et au plus haut niveau nos messages en faveur de la recherche. Ainsi, Nous pouvons citer deux travaux majeurs contributifs de la CNCPR :

- l'élaboration de la **fiche métier** « coordonnateur paramédical de la recherche en soins infirmiers, rééducation et médico-techniques ». Cette fiche métier a été validée par la DGOS et fait désormais partie de la liste des métiers de la fonction publique hospitalière.
- le **livre blanc** pour le développement de la recherche paramédicale en France : Dans ce livre blanc, la CNCPR propose des recommandations à l'attention des établissements de santé articulées autour de 5 axes.

Ce groupe pluri professionnel est un véritable lieu d'échanges, de rencontres, d'émulations que ce soit d'un point de vue personnel ou collectif pour appuyer nos missions de coordonnateurs.

Les compétences particulières de chacun d'entre nous se complètent et potentialisent le poids de la CNCPR.

Personnellement, c'est un nouveau challenge et une vraie mission, confiée par mes pairs, d'occuper ce poste de pilote. Soucieuse de porter une vision collective, positive et projective sur la recherche en soins, c'est réellement dans cette dynamique que je m'efforce de remplir mes missions en tant que pilote. Appuyée par le bureau, nous construisons collectivement chaque année une feuille de route qui détermine nos travaux à mener.

Que ce soit au sein de mes missions d'infirmière, de cadre de santé, de coordinatrice de la recherche, et de pilote, je reste animée par la même motivation première du soins, de l'envie de toujours mieux faire au service des patients, des professionnels. La recherche est un véritable levier d'amélioration de la qualité des soins, elle est également une source d'attractivité pour les professionnels paramédicaux. En effet, la recherche en soins est l'un des outils structurants, motivants et porteurs de sens d'une profession, dès son initiation en formation initiale.

Caroline SERNICLAY



RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Sophie HAMEAU
MK, PhD
CHU de Rennes



Parcours : Je suis kinésithérapeute depuis 2004. J'ai débuté mon activité en salariat à l'hôpital R. Poincaré de Garches. J'avais réalisé un stage au cours de mes études dans le service spécialisé dans la prise en charge des patients blessés médullaire. J'ai découvert dans ce service le travail en équipe entre kinésithérapeutes, APA, ergothérapeutes, mais aussi plus largement la collaboration avec les internes, médecins, infirmiers, psychologues, dans l'optique de la meilleure prise en soin du patient.

En parallèle, j'ai débuté l'enseignement dans des écoles de kinésithérapie et participé à des réflexions en équipe sur la prise en charge des patients avec l'écriture d'articles dans des revues professionnelles. J'avais envie de montrer l'efficacité des prises en charge rééducatives mais mes connaissances en méthodologie de recherche étaient très limitées (quasi absente dans le parcours de formation des années 2000). Je me suis donc orientée vers le master recherche de la faculté de Nanterre.

J'ai intégré un master 2, grâce à une validation des acquis d'expérience.

Pour ce master autofinancé, réalisé en parallèle de mon activité professionnelle, j'avais le souhait de découvrir et de participer aux différentes étapes d'un projet de recherche (administratives et éthiques, inclusions des patients, traitement et analyse des données ...jusqu'à la publication scientifique). J'ai donc fait le choix de réaliser ce master en deux ans. J'ai eu la chance d'avoir un co-encadrement bienveillant et encourageant.

Ensuite, j'ai eu l'opportunité de poursuivre sur une thèse de sciences à l'université de Paris Saclay avec les mêmes co-directeurs. J'ai réalisé cette thèse en étant financée pour la coordination d'un PHRC, obtenu par un de mes directeurs de thèse, étude randomisée contrôlée multicentrique sur la prise en charge rééducative des patients atteints de SEP. Ces années de thèse ont été très enrichissantes avec toujours en point central le travail en équipe (avec des doctorants issus de différentes filières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, STAPS, ingénieurs).

J'ai soutenu en 2017 ma thèse qui portait sur la caractérisation de la fatigue et de la fatigabilité chez les patients atteints de sclérose en plaques : spécificités et adaptations.

En 2018, je suis venue m'installer à Rennes, où j'ai eu la chance d'intégrer le service de MPR du CHU, ce qui m'a permis de poursuivre une activité clinique et de lancer de nouveaux projets de recherche.

J'ai depuis passé ma qualification au poste de maître de conférence, initialement dans la section 74 (STAPS) et puis après sa création dans la section 91 (Sciences de la rééducation et de la réadaptation).

Poste : J'ai depuis plus d'un an un poste à mi-temps au sein de l'équipe d'appui à la recherche en soin (EARS). C'est une équipe nouvellement créée, qui a pour objectif d'aider à faire émerger des projets de recherche au sein du CHU de Rennes et de nous permettre de porter nos propres projets. Dans un prochain article, nous détaillerons nos missions et nos objectifs afin de contribuer à l'émergence de projets de recherche, de l'idée à la rédaction de protocole de recherche, mais aussi à la valorisation des études (publications, présentation en congrès).

J'ai par ailleurs un 30% de temps clinique au sein de l'Unité Clinique d'Analyse du Mouvement (UCAM) et du service de MPR adulte et un 20% que je consacre à l'enseignement à l'université, en Institut de formation en masso-kinésithérapie ou pour la formation continue.

Thématiques de recherche : Mes sujets de recherche portent principalement sur la caractérisation des troubles du schéma de marche et sur les performances locomotrices des patients atteints de pathologies neurologiques (AVC, SEP...) mais aussi sur la fatigue et sur les effets des programmes de rééducation. En effet, dans le cadre de mon master j'ai travaillé sur les effets des injections de toxine du rectus femoris sur la résistance à l'étirement et la force des muscles extenseurs et fléchisseurs du genou chez des patients hémiparétiques spastiques. Dans le cadre de ma thèse, j'ai investigué la fatigue et la fatigabilité chez les patients atteints de sclérose en plaques.

Actuellement, je travaille principalement sur deux projets :

- le premier sur la caractérisation d'un trouble de la marche présent chez les patients hémiparétiques, nommé extensor thrust, qui est l'extension brutale du genou lors de la phase d'appui de la marche ;
- le second est un projet d'innovation avec la co-conception d'un jeu de rééducation contrôlé par les contractions musculaires recueillies par électromyographie de surface. Sur cette seconde thématique, une étude multicentrique est en cours de réflexion chez des patients hémiparétiques et paralysés cérébraux. Si vous souhaitez participer à une étude multicentrique et développer ainsi des collaborations avec d'autres services, n'hésitez pas à me contacter.

Le statut de clinicien-chercheur :

J'apprécie particulièrement le terme de clinicien chercheur que vous défendez au CNKS qui représente bien nos profils mixtes de clinicien et de chercheur. C'est en effet à partir de situation clinique, que viennent nos principales interrogations, questionnements de recherche et il est à mon sens pertinent de garder une partie d'activité clinique en parallèle de l'activité de recherche. Seul bémol, à l'heure actuelle cela ne correspond à aucun statut. Le CHU de Rennes a été précurseur avec la mise en place en 2022 de 4 postes à mi-temps pour des paramédicaux afin de développer la recherche en soins mais ces postes ne sont pas pérennes dans le temps. A l'avenir des postes de cliniciens chercheurs vont certainement se développer en France car cela répond à un besoin mais à l'heure actuelle, c'est toujours le fruit de négociations locales, pour poursuivre une activité de recherche, pourtant indispensable dans les structures hospitalières.

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Bastien FRAUDET
MK, CDS, MSc
Responsable du LAB Saint-Héliier
Recherche et Innovation en établissement privé

Diplômé en MK en 2001, je débute ma carrière de kinésithérapeute salarié au CHU de Rennes, à une époque où la pratique basée sur les preuves était plus modestement abordée dans la formation initiale qu'aujourd'hui. Mais en 2008, j'ai l'immense chance de participer à la première formation à la recherche clinique organisée à l'IFMK de Rennes par Patrice Piette et dispensée par le professeur Rob Herbert du Neuroscience Research Australia Institute (NeuRA), qui modifie profondément ma perception de la pratique.

Dans l'intervalle, j'intègre l'équipe de rééducation de l'Association Saint-Héliier, association privée à but non lucratif, gestionnaire d'établissements dont le Pôle Saint-Héliier centre de rééducation rennais.

J'évolue vers un poste de management d'équipe et bénéficie en 2011 d'un soutien pour une formation de cadre de Santé, que je poursuis par un master de recherche en sciences sociales avec comme objectif institutionnel et personnel de contribuer à la production et à la structuration d'une cellule de recherche clinique et développer une activité jusqu'alors centrée sur des investigations associées.

article à retrouver *
dans le dossier
L'ESSENTIEL RECHERCHE
sur www.cnks.org
(* octobre 2023)

Le LAB, recherche et innovation dans un établissement privé

Dans nos établissements privés, la recherche et l'enseignement ne font pas spontanément partie des missions traditionnelles, qui sont essentiellement dévolues aux CHU. Elle ne s'y développe que par l'engagement volontariste de directions générales et médicales. A Saint-Héliier, la direction a fait le choix, il y a plus de 10 ans, de structurer cette activité afin de conduire ses propres projets de recherche et de l'inscrire dans son projet d'établissement.

A l'époque, mon activité est partagée entre le management d'un service et la recherche au côté des investigateurs médicaux et d'une infirmière de recherche à mi-temps. Je suis désormais à temps plein et responsable d'un dispositif plus mature et professionnalisé, le LAB Saint-Héliier, qui s'appuie sur une équipe dédiée de 13 personnes, incluant notamment des médecins, des chefs de projets, des attachés de recherche clinique, biostatisticien, psychologue, rééducateurs et infirmiers de recherche.

Un des choix forts à Saint-Héliier, et qui a probablement contribué à l'essor du LAB, est que cette activité est auto-financée. C'est sa seule production qui finance le LAB, et par réciprocité, ses recettes lui sont réattribuées par le jeu d'une comptabilité analytique différenciée de l'activité de l'établissement.

Un autre choix fort est d'intégrer des professionnels des soins et des plateaux techniques au LAB, avec un temps dédié à cette activité. 3 professionnels (ergothérapeutes et infirmières) partagent ainsi leur temps entre les services de soin et le LAB.

Depuis 2015, l'activité du LAB s'est diversifiée, en développant un second axe complémentaire de la recherche clinique traditionnelle : la contribution à des projets de recherche/innovation aux côtés de partenaires, start-up, entreprises, structures académiques avec pour objectifs de contribuer aux spécifications en s'appuyant sur l'expertise des usagers, expérimenter en situation réelle les innovations développées et évaluer leur acceptabilité par les usagers cibles.

Le rôle de responsable du LAB : stratégie, coordination et production

Une première mission du responsable du LAB est de participer à définition de la stratégie du projet de recherche et d'innovation pour l'association. Un staff hebdomadaire aux côtés de la direction médicale, de la direction générale et de la direction de la performance et de l'innovation, permet notamment de définir les axes de recherche, d'acter les nouveaux projets et nouveaux partenariats, de suivre la finance et prévoir les investissements et les évolutions du LAB, notamment en termes de nouvelles compétences, ainsi que de rendre compte de l'activité et de l'avancement des projets en cours.

Associé à la stratégie, j'ai également une mission de représentation de l'association au regard de son activité de recherche et d'innovation.

Une seconde mission est de manager et de venir en appui de l'équipe du LAB et des investigateurs, et de suivre l'ensemble des projets. Une attention particulière est portée au design et au montage des projets dans une vision économique. Par exemple, la valorisation financière des études cliniques au titre des MERRI va dépendre de plusieurs facteurs à intégrer dans l'équation du design (type de recherche sur la personne humaine, étude mono ou multicentrique, nombre d'inclusions de patients, capacité de publication) : la manière de monter l'étude va influencer l'équilibre entre son coût et ce qu'elle rapportera à l'issue, élément essentiel à la pérennité de notre modèle auto-financé.

Mon rôle consiste aussi à m'assurer de la qualité de l'interaction entre le LAB, le bras opérationnel de la recherche, et les autres acteurs des services impliqués dans les projets, médecins investigateurs, cadres et professionnels impliqués dans les projets. C'est aussi insuffler une forme de sérénité, pour une activité qui reste support de l'activité de soin. Une des missions du LAB est aussi d'acculturer les équipes à la recherche et à l'exploitation de ses données, et d'être support de l'activité des professionnels dans la structuration de leurs pratiques basées sur les preuves.

Si au cours de ces 10 ans mon activité s'est éloignée de la production au profit de la gestion, je reste un contributeur opérationnel ponctuel de l'activité. D'abord dans le prospect et la recherche de nouveaux partenariats, qui sont une des clefs du développement économiques du LAB, mais aussi dans l'écriture de projets, d'appels à projets ou d'articles scientifiques de valorisation.

Je conserve d'ailleurs un portefeuille de projets à gérer qui se réduit d'année en année au profit du développement de postes de chefs de projets de recherche, structurants pour l'activité.

En 2022, le LAB Saint-Héliér gère plus de 30 projets de recherche et d'innovation dont 8 études cliniques en promotion, est lauréat de la campagne des PHRC, de plusieurs appels à projet d'ampleur nationale- structure 3.0 porté par l'Agence du numérique en santé, Tiers lieux numérique en santé du plan France 2030- travaille avec de nombreux partenaires du monde de la santé et de l'industrie. C'est un acteur reconnu de la recherche et de l'innovation sur son territoire qui gère un budget de plus de 700.000 euros.

Présent depuis sa structuration, ce projet, , a été très excitant pour moi et très innovant pour un établissement privé. Aujourd'hui responsable de l'activité et bénéficiant de la confiance de la direction, j'ai à cœur de contribuer à poursuivre son développement, sa professionnalisation et son efficacité, objectifs très challengeant au quotidien. Le développement du LAB démontre également que la recherche dans le secteur privé non lucratif est une activité possible qui contribue à la recherche en rééducation en France.

Bastien FRAUDET

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Jules BARBIER
MK, Master SP
Médecine Interne
CH Ambroise Paré AP HP

Participer à la recherche clinique en tant que kinésithérapeute salarié : retour d'expérience d'un kinésithérapeute poussé par la curiosité

Pour reprendre les mots de Rothan-Tondeur et collaborateurs (2014), "la recherche clinique est un enjeu majeur pour notre société moderne, demandant toujours plus de preuves scientifiques pour accompagner le progrès que ce soit au travers du développement de produits de santé, que dans l'amélioration des pratiques cliniques, de protocoles de soins ou de prévention".

Cela est valable pour l'ensemble des professionnels de la santé, aussi bien médicaux que "paramédicaux".

En ce qui concerne la recherche paramédicale, il existe notamment en France depuis 2009 un programme de financement de la recherche destiné aux professionnels paramédicaux, le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP). Ce programme est depuis sa création un levier de mobilisation des professions paramédicales pour la recherche et l'amélioration des soins (Rothan-Tondeur et al., 2014).

La kinésithérapie suit ce mouvement depuis de nombreuses années comme le rappellent Remondière et Durafourg en 2018, s'appuyant depuis 2015 sur la réingénierie de la formation initiale qui comprend un volet sur l'initiation à la recherche.

A travers celle-ci, la profession poursuit son implication croissante face à des enjeux de taille (Davergne et al., 2016).

Il n'est pourtant pas évident de se représenter ce que peut être de s'investir dans la recherche clinique en tant que kinésithérapeute salarié au sein d'un établissement de soins.

Il s'agit ici de présenter une expérience personnelle d'implication dans la recherche clinique en tant que kinésithérapeute salarié clinicien à temps plein en centre hospitalier.

Cet article retrace mon parcours professionnel, ce que ces expériences de recherche clinique m'ont apporté, et à quels obstacles j'ai pu être confronté, avec des suggestions sur la façon de les dépasser.

Suite à l'obtention du Diplôme d'Etat (D.E.), après une formation en 3 ans avec mémoire clinique, j'ai débuté un exercice hospitalier.

L'intérêt porté à la recherche s'est fait suite à un questionnement personnel et professionnel continu lors d'interventions en kinésithérapie ou lors de l'observation de soins ou d'organisations.

En exprimant ces questions à d'autres personnes, cela a mené à un questionnement interprofessionnel, notamment avec des médecins, mais également avec d'autres professionnels.

Tout ceci a été largement favorisé par l'environnement dans lequel j'évolue, c'est-à-dire un centre hospitalo-universitaire avec des médecins fortement impliqués dans la recherche.

Une première expérience a été de revoir la littérature existante afin d'appuyer une modification des pratiques de soins auprès du service dans lequel j'interviens, ce à la demande du chef de service qui souhaitait s'assurer de l'efficacité de la technique proposée. Ensuite, un travail commun sur un outil avec un autre professionnel a fait émerger l'idée de réaliser une étude pour en évaluer l'intérêt.

C'est donc la tête pleine d'idées que nous avons pris contact avec l'unité de recherche clinique, qui nous a alors mis face à notre manque total de connaissances méthodologiques, mettant fin à ce projet.

Après cela, j'ai eu l'occasion d'écrire et de publier un cas clinique en coopération avec un médecin, menant par la suite à l'acceptation de ce cas en congrès sous forme de e-poster.

Suite à ces expériences, je me suis rendu compte que ces questionnements nécessitent des moyens pour y répondre que je ne maîtrisais pas ou mal.

Ainsi, quatre années après le D.E., la nécessité d'acquérir des compétences et connaissances plus amples sur le sujet ont motivé la reprise d'un Master en Santé sur la thématique de la Recherche en Réadaptation, en partie financé par mon établissement.

Ce Master, à travers les enseignements théoriques mais aussi pratiques (travaux et stage) a permis la publication dans une revue francophone de mon travail de revue de littérature de M1 et la communication orale en congrès international du travail de M2 avec une publication dans une revue internationale en cours.

Le fait d'avoir eu l'occasion de partager ces travaux a permis de transmettre les données recueillies.

Les résultats sont ainsi mis à disposition à qui veut (peut) se les procurer afin d'apporter des éléments de réponse ou de la matière à étudier aux personnes qui se posent des questions similaires.

De façon plus personnelle, la recherche m'a apporté une méthode et une rigueur facilitant la conception et la conduction de projets, qui peuvent même s'étendre à d'autres domaines. Cela peut par exemple faciliter la conception d'outils d'aide à la pratique, l'organisation des soins et la coopération interprofessionnelle ou encore la participation à des appels à projets internes.

Mon engagement et ma formation m'ont ouvert la porte vers des groupes de travail locaux sur la question de la recherche paramédicale, me permettant d'amener ainsi une voix supplémentaire pour sensibiliser l'administration sur la recherche clinique par les professionnels paramédicaux.

Selon la formation suivie, il est également possible d'envisager de nouvelles voies vers des activités différentes de la pratique clinique telles que l'enseignement, la recherche ou la coordination de la recherche paramédicale.

Enfin, ces expériences m'ont amené à prendre du recul sur ma pratique clinique et ont entraîné un enrichissement personnel, professionnel et interprofessionnel, permettant d'améliorer *in fine* la qualité des soins fournis aux patients.

Mon parcours n'a néanmoins pas été sans obstacles, certains plus facilement contournables que d'autres. Certaines solutions ont pu être trouvées et appliquées sur le moment, d'autres font ici l'objet d'une réflexion *a posteriori*.

Un premier point est la difficulté à se faire financer une formation, surtout les plus prenantes telles qu'un master. Cela dépend des capacités de financement de l'établissement et de la politique et offre en termes de formations.

Il s'agit de préparer au mieux sa demande, en avançant un projet de service et si possible en ayant d'ores et déjà intégré un groupe de travail. Il s'agit aussi de trouver une organisation qui permette de s'absenter pour la formation.

Par la suite il est difficile, si ce n'est impossible, d'obtenir du temps dégagé ou du temps supplémentaire rémunéré pour la recherche sur un poste d'activité clinique

Pour pallier cela, il s'agirait de voir s'il est possible d'établir une organisation interne permettant de dégager du temps aux personnes qui le souhaitent ou bien de se faire rémunérer des heures supplémentaires dédiées.

Vient également la question des financements pour la participation à des événements scientifiques, difficiles à trouver même dans le cas de la présentation de travaux.

Le fait d'être en relation avec différents acteurs peut être facilitant, en permettant d'adresser sa demande aux personnes les plus concernées par le sujet du travail. La recherche de fonds peut se faire auprès de son service d'attache, mais également auprès d'autres services concernés par la thématique ou d'instances administratives.

Tout cela n'est pas facilité par le manque de professionnels dédiés à la recherche, tout particulièrement dans le domaine paramédical (coordonnateurs de la recherche paramédical, référents en recherche paramédicale au sein Unités de Recherche Cliniques, chercheurs séniors au sein des centres universitaires, ...).

Il s'agit, pour tenter de pallier à cela, de poursuivre les travaux de recherche et de les avancer auprès de l'administration afin que des postes s'ouvrent.

S'il peut exister encore de nombreux obstacles, il ne faut pour autant pas négliger les avantages que peuvent offrir l'initiation à la recherche clinique dans le cadre d'une pratique salariée.

La participation à la recherche peut se faire à plusieurs niveaux, selon la motivation, les possibilités et les compétences : recueil de données, conception de protocoles, investigation, écriture d'articles type cas clinique ou revue de littérature, poster ou communication orale en congrès, ...

.... Il en va de même pour la formation : diplômes universitaires, master, doctorat, ... mais aussi formations courtes d'initiation à la recherche ou encore formations axées sur le travail de revue ou d'écriture d'article, et même dès la formation initiale à travers l'enseignement d'initiation à la recherche.

Finalement, il suffit d'être curieux.

Jules BARBIER



Jules Barbier
Kinésithérapeute D.E.,

Fondation EFOM - Boris Dolto
(2017)

Master "Recherche en
réadaptation", Sorbonne Université (2022)

Clinicien en service de Médecine Interne,
Hôpital Ambroise Paré,
APHP (2017)

Formateur à l'IFRES-IFMK d'Alençon (2023)

Bibliographie :

Davergne, T., Gallois, M., & Regnaud, J.-P. (2016). Recherche clinique en kinésithérapie : Enjeux et difficultés. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(178), 18-22.

Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique, Vol. 30(6)*, 869-876.

Rothan-Tondeur, M. et al. (2014). Comment promouvoir la place des paramédicaux dans la recherche clinique ? *Thérapies*, 69(4), 271-280.

article à retrouver *
dans le dossier
L'ESSENTIEL RECHERCHE
sur www.cnks.org
(* octobre 2023)

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE / READAPTATION GERIATRIQUE

V1 septembre 2023

*L'intention,
le geste,
la trace !*

En ouvrant ce dossier le CNKS souhaite marquer et soutenir l'importance d'une reconnaissance plus importante de la rééducation, réadaptation en général et de la kinésithérapie en particulier dans le domaine de la gériatrie.

A cet effet plusieurs auteurs engagés dans cette pratique..... ont bien voulu apporter leurs concours à contextualiser cet exercice orienté, populationnel,

- en retraçant son évolution, ses difficultés et ses réussites, depuis plusieurs dizaines d'années,
- en faisant un retour d'expérience et de vécu d'aujourd'hui
- en envisageant son évolution demain.

Qu'ils et elles soient remerciés de cet exercice ;

Qu'ils et elles soient assurés de l'attention du CNKS et de son engagement à défendre et promouvoir cette spécificité ;

Qu'ils et qu'elles soient assurés de la disponibilité du CNKS pour envisager des travaux, enquêtes et études utiles, nécessaires voire indispensables pour en étayer le bienfondé.

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

France MOUREY
CDS MK

Professeure des Universités, INSERM UMR1093-CAPS,
Université Bourgogne Franche-Comté F-21000, Dijon.

RECHERCHE & REEDUCATION GERIATRIQUE : UNE HISTOIRE EN MARCHÉ

« La recherche en rééducation gériatrique est indispensable à l'amélioration de la qualité des soins » qui peut s'opposer à une telle affirmation ? Si cette idée est en apparence partagée, elle n'est pas en réalité de nature à convaincre.

En effet, la conviction, l'approche intuitive, la culture professionnelle laissent à penser que nous savons tout sur la question des personnes dites âgées et que la pratique en rééducation gériatrique ne réclame pas de compétences particulières.

Partant de l'idée que les personnes plus âgées auraient simplement des capacités moins importantes, il a coulé de source qu'il suffisait d'adapter subjectivement des pratiques élaborées pour des populations plus jeunes présentant des maladies.

Ce type de modèle repose sur un point de départ qui n'est pas la personne mais la maladie. Il est donc temps de réaliser qu'il existe une spécificité des pratiques de rééducation gériatrique, elle-même reposant sur de nouvelles connaissances concernant le vieillissement normal et pathologique. Pourtant à l'heure où de nombreux rééducateurs réalisent des travaux de recherche dans le cadre de masters et de doctorats, force est de constater que ceux consacrés à la rééducation gériatrique ne sont pas légion.

Il existe donc d'un côté une augmentation du nombre de personnes âgées qui s'accompagne d'une diversification importante des besoins de santé en fonction de l'âge et parallèlement un intérêt modéré pour la recherche concernant ces populations. Ceci explique que nous avons, contrairement à ce qui est habituellement pensé, une mauvaise connaissance non pas de la population âgée, mais des populations âgées et du processus de vieillissement lui-même, par définition, très différentiel.

Comme dans tous les domaines de la recherche, il nous faut donc identifier les bonnes questions, recueillir des données selon des modalités qui répondent à la rigueur scientifique et surtout être en mesure d'en penser quelque chose. Bien que nécessaire et simple en apparence, cette démarche n'est pas toujours retrouvée dans sa totalité.

En ce qui concerne la rééducation gériatrique, un certain nombre de grandes questions doivent être posées, concernant en particulier :

- l'évaluation et le repérage de la fragilité sous l'angle des fonctions motrices
- l'efficacité des techniques dans les populations âgées fragiles
- l'efficacité des stratégies de prévention du vieillissement pathologique
- la contextualisation des pratiques au domicile, en milieu hospitalier, en habitat collectif...
- l'investigation de champs nouveaux qu'ils soient fondamentaux, technologiques ou simplement disciplinaires comme par exemple la rééducation cardiaque chez de sujets âgés fragiles (1).

En rééducation gériatrique comme ailleurs plusieurs formes de recherche sont nécessaires :

- une recherche fondamentale pour comprendre les processus qui sous-tendent les modifications du mouvement et de l'équilibre au cours du vieillissement (2) mais aussi une recherche émanant d'autres champs disciplinaires et en particulier les sciences humaines
- des études plus appliquées concernant les modes d'évaluation et l'efficacité des techniques.

Ce besoin d'améliorer nos connaissances dans un champ très vaste amène évidemment la question du qui fait quoi et avec quels moyens.

La création, fin 2019, d'une nouvelle section du CNU, dite des sciences de la rééducation et de la réadaptation, a constitué une étape déterminante dans l'évolution des professions paramédicales de rééducation vers l'enseignement et la recherche.

Elle a permis de qualifier des paramédicaux ayant obtenu des doctorats afin qu'ils puissent potentiellement accéder à des postes d'enseignants-chercheurs. Ces enseignants-chercheurs, rattachés à la section 91 sont des universitaires mono-appartenants.

Cette caractéristique a amené beaucoup de débats au sein de professionnels souhaitant appuyer leur recherche sur une expérience clinique.

Pour répondre en partie à cette question, il faut savoir qu'une activité clinique peut être négociée, dans le cadre d'une autorisation de cumul de salaire.

D'un autre côté, des professionnels exerçant leur métier de rééducateur dans des établissements publics ou privés et ayant obtenu un doctorat peuvent parfois négocier localement des postes de praticiens/chercheurs.

La recherche en rééducation gériatrie doit pouvoir bénéficier comme les autres domaines de ces avancées malgré un pouvoir globalement plus attractif, jusqu'à présent, pour les populations plus jeunes.

Parmi les freins identifiables, bien évidemment l'âgisme joue un rôle important.

En effet, comme pour le choix des carrières, la prégnance de l'âgisme explique en partie le faible engouement pour les travaux de recherche dans le cadre de la rééducation gériatrique.

Cet effet de discrimination plus ou moins conscient, a été présent dans la recherche en général, amenant à construire des essais cliniques chez des sujets de moins de 65 ans qui ne correspondent pas aux patients d'aujourd'hui.

De très nombreux travaux de recherche en rééducation ont procédé ainsi excluant les sujets au-delà de 65ans et construisant pourtant des recommandations pour des populations beaucoup plus âgées à partir de ce type d'étude.

Si la recherche en rééducation gériatrique doit reconsidérer ses critères d'inclusion, elle doit aussi s'ouvrir à d'autres champs et à d'autres territoires professionnels.

Bruckner nous propose une définition de l'âge : « C'est une convention sociale adossée à une réalité biologique » (3).

D'emblée les cartes sont posées, si l'âge se définit ainsi, la recherche doit être pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle non pas pour répondre à des injonctions bien pensantes mais parce que c'est le seul moyen, comme dans le soin de répondre, à la complexité des questionnements aux confins de la physiologie de la thérapeutique, de la sociologie et de l'éthique.

Ceci est évidemment en pratique éminemment ardu car tout incite au clivage :

- la forme des appels à projet,
- les règles de publication scientifique,
- la formation aux approches méthodologiques...

Et pourtant ce type d'approche s'impose.

Nous avons gagné 30 ans d'espérance de vie depuis 1900. Les bouleversements générés par cette réalité sont immenses et viennent nous interroger à tous les niveaux de notre vie professionnelle et personnelle.

Dans ce contexte, la rééducation gériatrique doit s'apprêter à relever de grands défis, entre autres, dans le cadre

- de la prévention de la chute, désormais portée par un plan national,
- de la transformation des EHPADS
- et de l'intégration des nouvelles technologies au service des plus âgés.

Cela ne pourra se faire qu'en s'appuyant sur des données actualisées d'une recherche de qualité.

France MOUREY



1. Flint K M, Stevens-Lapsley J, Forman D E. Cardiac Rehabilitation in Frail Older Adults With Cardiovascular Disease: a new diagnostic and treatment paradigm *Cardiopulm Rehabil Prev.* 2020 Mar;40(2):72-78.
2. Poirier G, Gaveau J, Mourey F. La chute et la pomme ? Vieillesse et adaptation sensori-motrice à l'environnement gravitaire. *Rev Geriatr* 2020 ; 45(7):407-419.
3. Bruckner P. Une brève éternité *Grasset* 2019

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Frédéric DESRAMAULT
MK, DIU KRG, CH Darnétal (76)
Lisa MARINIGH
MK, MsC/MS, CH Darnétal (76)
Loïc COQUISART
Past CSS MK, CH Darmétal (76)

KINESITHERAPIE GERIATRIQUE REPRESENTATIONS, REGARDS & VECUS

Qui a osé dire « vieux » ?

C'est un sacré défi que nous demande le CNKS ! Sortir de notre regard « simplement » professionnel, pas simplet pour autant, sur un sujet qui nous passionne, sur lequel nous travaillons depuis plusieurs années, mais plutôt comme des petites fourmis, qui essaient de contribuer tant que faire se peut, à une mission importante à nos yeux : soigner, accompagner, prévenir la détérioration de l'état de santé de nos aînés, maintenir à maxima leurs capacités fonctionnelles, proposer des soins qui s'inscrivent dans un continuum cohérent avec nos collaborateurs. Sortir de notre regard « simplement professionnel » pour témoigner à l'aune de notre vécu notre perception de la rééducation gériatrique d'hier, d'aujourd'hui et de demain !

Quel exercice de style complexe que de résumer les évolutions de la kinésithérapie gériatrique, sous différents angles (historique, démographique, professionnel, politique, etc.) en quelques pages, sans tronquer la réalité, sans écrire d'erreurs, sans refaire le passé à notre sauce !

La vieillesse est devenue une préoccupation importante de société sur le plan sociologique, mais aussi économique depuis la fin du XX^e siècle. Depuis 1750, l'espérance de vie en France est passée de 27 ans à presque 80 ans à ce jour pour les hommes, et de 28 ans à 85 ans pour les femmes (1). Cette évolution est semblable dans les autres pays de l'OCDE.

L'évolution sémantique et conception du vieillissement

Un historique sémantique

De toute évidence, il faut bien aborder le sujet par un angle particulier. Nous tenons à attirer votre attention sur l'évolution de la sémantique utilisée pour qualifier les personnes âgées, qui nous a interpellée : sans aller exhumers de vieux grimoires poussiéreux, mais juste quelques livres d'une étagère de notre salle de rééducation, dont un datant de 1986 (2), vous pouvez y lire le qualificatif de « vieillard(s) » de façon systématique.

À noter que la déclinaison féminine n'est aucunement mentionnée.

Pour vous faire quelques citations édifiantes, vous pouvez trouver le fait que « l'interrogatoire des vieillards est souvent difficile », ou encore entendre parler « (d)'état de désafférentation idiopathique du vieillard ». Il semble, de surcroît, que ce terme « vieillard » n'ait, en aucune façon, été utilisé intentionnellement de façon péjorative.

L'usage de ce mot dans un papier actuel ou autre présentation en congrès susciterait assurément l'indignation des lecteurs et auditeurs. D'autres termes sont actuellement utilisés comme « personnes âgées fragiles/vulnérables » pour qualifier les personnes âgées non robustes. Les personnes âgées vigoureuses, seraient, quant à elles, davantage qualifiées sous le terme « séniors ».

Parlons également du terme de « sénilité » pour qualifier la « démence » ou encore la marche, terme qui est manifestement suranné, car ne correspondant pas à une pathologie et revêtant actuellement une signification péjorative. De même, le terme de démence tend à être remplacé par les termes « troubles cognitifs ± majeurs », ou encore « maladie neuro-dégénérative ».

Il n'est pas rare de lire dans certaines observations médicales le terme de « régression », raccourci du « régression psychomotrice » et qui a évolué en « syndrome de désadaptation psychomotrice », réduit sous l'acronyme SDMP (3). Ce syndrome relèverait-il d'un retour à un état archaïque ? Il n'est pas rare d'entendre dire que les personnes âgées tendent à retourner en enfance. Serait-ce là l'origine de la qualification de régression ?

Dans ce cas, toute forme de pathologie arrivant inopinément, toute forme de rupture sur le plan de l'état de bonne santé chez l'adulte en général entraînant un état de dépendance, plus ou moins long et avec un potentiel de récupération, peut être qualifié de régression ? Il n'en est rien.

Autre terme utilisé, l'astasia-abasie, se définit comme l'impossibilité de maintenir la station érigée (astasia) et la marche (abasie).

Très utilisé dans le courant des années 1980, ce terme semble être tombé en désuétude, malgré l'existence d'un article en faisant une explication exhaustive (4), au profit de la définition du SDPM, davantage compréhensible et accessible sur le plan pratique en rééducation.

Évoquons également les termes de « pensionnaires » qui vivaient des « hospice », réduction de « hospice de vieux » communément employé pour qualifier le lieu où vivaient les « miséreux », « indigents » et autres « vieillards » au XIX^e siècle. Nous parlons maintenant de résidents dans un lieu de vie appelé établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), résidence pour personnes âgées (RPA), ou encore résidence séniors.

L'amélioration de la compréhension des mécanismes du vieillissement ainsi que les travaux présentant de nouvelles approches conceptuelles du vieillissement, mais surtout une approche sous l'angle éthique, ont permis de visibiliser l'avancée en âge, de la « déstigmatiser » par l'utilisation d'une sémantique plus adaptée et plus respectueuse, moins emprunte d'une vision âgiste et péjorative.

Le concept du vieillissement

Hippocrate, Galien ou encore Avicenne s'étaient déjà intéressés à la vieillesse d'après les écrits de Simone de Beauvoir. Charcot s'y était également intéressé avec notamment ses conférences sur la vieillesse, publiées en 1886. Déjerine, quant à lui, évoque la « paraplégie cérébrale des vieillards » et décrivait la marche à petits pas pour désigner la marche liée à un « état lacunaire ».

Le grand âge est devenu une problématique de santé publique.

En effet, la « pathologie » des sujets âgés a progressivement émergé du fatalisme, influencé par la domination du discours médical. Cela est lié à une conception occidentale réduite à un processus de dégradation/détérioration des capacités physiques et cognitives, perçu comme normal mais surtout inéluctable. Le vieillissement ne conduit pas inéluctablement l'intégralité des personnes vers ces pathologies chroniques génératives. Toutefois, de nouvelles pathologies liées à la fragilité des personnes âgées sont apparues telles que les chutes et les maladies d'immobilisation.

Aussi, il est indispensable de sortir du concept de lutte contre le vieillissement ou du ralentissement de ce dernier, de guérison des maladies, avec des raisonnements trop normatifs d'identification de causes, avec des catégories sémiologiques bien délimitées qui peuvent peut-être encore prévaloir en ce qui concerne les pathologies de type maladie d'Alzheimer, Parkinson, les cancers ou encore le diabète.

Le raisonnement doit être différent en se référant à des concepts pertinents tels que celui de la fragilité ou encore de vulnérabilité, davantage centrés sur la gestion de la chronicité, avec une visée essentiellement adaptative, de mise en place/de développement de compensations. Les objectifs d'amélioration significative de performances physiques sont mis de côté au profit d'objectifs bien plus raisonnables et réalistes, tels que le maintien (à maxima)/la préservation des capacités restantes, afin de limiter la dépendance liée au rétablissement incomplet.

L'évolution de la pratique kinésithérapique gériatrique

L'évaluation clinique de la personne âgée

Il aura fallu attendre le courant des années 1980 avant de voir apparaître les premiers tests dits gériatriques et Mary Tinetti, avec un test éponyme mondialement connu, permettant d'évaluer des points spécifiques des mouvements du sujet âgé et la présence d'une éventuelle fragilité.

Cela s'est fait dans un contexte d'une méconnaissance importante en matière de physiologie du vieillissement, période lors de laquelle les modèles médicaux de traitements étaient principalement centrés autour du sujet adulte, donc inadaptes aux réalités du sujet âgé.

La question s'est posée d'évaluer les capacités fonctionnelles et l'équilibre de personnes âgées avec des tests adaptés à leur niveau de capacité, montrant des signes de fragilité sur le plan postural et moteur sans être spécifique à une pathologie.

Dans le courant des années 1990, l'équipe de Dijon a mis au point le Test Moteur Minimum, permettant d'évaluer la faisabilité de 20 « patern moteur » de base.

Dans le même temps, de nombreux autres tests permettant d'évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées ont été élaborés tels que le Timed Up and Go test, l'échelle de Berg, le BestTest ou son dérivé simplifié le MiniBestest, la Postural Assessment Structural Scale (PASS). D'autres tests évaluent des capacités spécifiques tels que l'appui unipodal, la vitesse de marche, la force musculaire avec le force de serrage des poignets (grip test) ou encore le 5 times sit to stand, l'évaluation de la double tâche, entre autres exemples.

Au début des années 2020, Alexandre Kubicki a validé le Frail BesTest (ex EquiMoG), qui s'inspire d'items existants dans d'autres tests mais qui a l'intérêt d'évaluer les capacités par systèmes (5). Ce test rend visible l'évaluation des capacités de planification du mouvement, souvent oubliées dans l'évaluation des sujets âgés fragiles ; il intègre un point important qu'est l'évaluation de la capacité à descendre au sol et s'en relever.

D'autres tests, à visée de dépistage de la fragilité ont également été élaborés tels que la Short Physical Performance Battery (SPPB), ou bien le score fonctionnel de dépistage de la fragilité, paru en 2022, diffusé par le conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Il existe un programme de santé publique destiné aux personnes de 60 ans et plus : Integrated Care for Older People (ICOPE). Il présente de nombreux intérêts comme le fait d'être réalisable via une application mobile, permettant de transmettre rapidement les données aux médecins, favorisant la rapidité de mise en place du plan d'action. Cette évaluation concerne la personne elle-même, son environnement humain et matériel. Ce programme se décline en 5 étapes dits « Steps » : dépistage, évaluation, plan de soins personnalisé, fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention, implication des collectivités et soutien aux aidants.

Au début des années 2000, Linda Fried a proposé une mesure de fragilité avec 5 critères auxquels elle a donné son nom. Par la suite, d'autres modèles, plus complets sont apparus, qui sont toujours pertinents tels que l'index de Rockwood, la clinical frailty scale ou encore le système de Studenski (2004).

Très utiles, ces différents instruments tendent parfois à être fastidieux à utiliser pour certains, ou à avoir une approche lacunaire pour d'autres (ex : absence de la prise en compte des capacités cognitives, de l'environnement social et matériel dans les critères de Fried).

La spécification de la pratique

La pratique de rééducation gériatrique, qui est longtemps restée approximative, calquée sur les modèles de la pathologie de l'adulte, a rapidement montré ses limites, face à un syndrome de désadaptation psychomotrice par exemple, où le fameux « lève-toi et marche » est particulièrement inefficace voire contre-productif, où l'on peut voir ses fameuses photos historiques de patients en position de véliplanchiste entre des barres parallèles.

Une amélioration des tests mis au point, associée une amélioration des connaissances des mécanismes du vieillissement, ont permis de voir émerger des approches basées sur le recouvrement progressif des automatismes gestuels et posturaux de base, permettant la mobilisation en position allongée, puis assise, avec des exercices basés sur l'antériorisation chez les patients présentant une rétropulsion.

La notion d'activité motrice implicite est importante dans un contexte de peur de l'exploration de l'espace antérieur, mais aussi face à tout autre mouvement qui est évité/contourné par peur de chuter. Elle permet en effet d'accompagner le patient à se confronter à une difficulté motrice avec une aide adaptée à ses besoins, sans mettre le patient en échec, ni faire le mouvement à sa place.

La rupture du cercle vicieux de la peur – hypoactivité - déconditionnement est donc possible et permet, dans nombre de situations, de réactiver la réalisation des transferts au lit et la marche. Dans cette approche, la qualité de la relation avec le patient est indispensable à la mise en confiance de ce dernier, qui accepte de se mettre en difficultés volontairement.

Le renforcement musculaire a également beaucoup évolué en rééducation gériatrique, avec l'amélioration de la compréhension des mécanismes de sarcopénie et dynapénie. Il était fréquent, encore récemment, de voir des patients réaliser de nombreux exercices des membres supérieurs en étant assis, à type d'élévation des membres supérieurs à l'aide d'un bâton. Autre exercice facilement réalisé : le patient allongé sur le dos avec un coussin en regard des creux poplités, à qui il était demandé de faire des battements avec des lestés aux chevilles.

Ce travail en chaîne ouverte, peu utile/efficace a été abandonné au profit d'un renforcement en chaîne fermée, de type callisthénique, tels que des exercices assis-debout-assis, correspondant davantage aux besoins et nécessités du quotidien. Associés à la montée et descente dans les escaliers, ces mouvements peuvent être intégrés dans un parcours de marche afin de rendre l'activité davantage stimulante pour les patients, le tout en tenant compte des apports protéiques suffisants, afin de prévenir une éventuelle action délétère.

La Rééducation de l'équilibre, élément important de la rééducation en gériatrie, s'est bien longtemps limitée à des exercices en station érigée statique, avec chaussage sur sol stable avec de légères et lentes déstabilisations intrinsèques ;

autrement dit rapidement en deçà des seuils d'efficacité, ou encore à bousculer les patients fragiles dans tous les sens en espérant faire réapparaître des réactions d'adaptation posturale et parachute.

Ces techniques, au mieux inefficaces, peuvent provoquer un syndrome post chute, particulièrement délétère.

Dans le premier cas, le déchaussage est important car la semelle interfère avec la stimulation proprioceptive issue des capteurs cutanés plantaires ; comme peut le dire Loïc Coquisart : « il n'y pas beaucoup de capteurs proprioceptifs plantaires dans une semelle de godasse ».

Dans le second cas, une explication préalable est nécessaire ainsi que des poussées légères puis progressivement plus intenses et rapides compte-tenu des capacités de chaque patient.

Là encore, une amélioration des pratiques s'est mise en place du fait d'une meilleure compréhension des mécanismes d'équilibration. Aussi, la rééducation de l'équilibre n'est plus un « fourre-tout » informe mais peut être catégorisée en différentes compétences qui se réédulent de façon différenciée :

- le contrôle moteur réactif (adaptation posturale/réaction parachute),
- le contrôle moteur proactif (activités posturales anticipées, planification),
- le contrôle postural statique (visuo/polygo/podo dépendance)
- mais aussi différentes formes de mobilités telles que les demi-tours et autres changements de directions, les changements de vitesse de marche,
- la marche « avant/arrière/latérale/ ... tandem/rotations cervicales ».

Cette rééducation DE la marche à longtermps été réduite à la « rééducation À la marche », qui consistait à faire marcher entre les barres parallèles ou avec un déambulateur sans un regard spécifique d'amélioration des paramètres de la marche.

À ce jour encore trop peu abordé dans la littérature scientifique, le relever du sol, est pourtant évoqué dans les recommandations de pratiques professionnelles depuis 2005, comme étant un exercice indispensable à proposer aux personnes âgées. Il semble toutefois n'être proposé qu'aux sujets les plus robustes alors que les plus fragiles sont les plus disposés à présenter une incapacité à se relever du sol, source de mortalité à court terme. Souvent représenté sur des puzzles moteurs avec un sujet utilisant une chaise pour se relever, il est indispensable d'aborder la descente au sol dans un premier temps.

De plus, cette séquence de descente-relever, réduite sous l'appellation relever du sol, présente une grande de variété de pratique, avec ou sans chaise, sans oublier le déplacement au sol. Il s'adapte aux capacités et aux nécessités de chaque personne, que ce soit une raideur de genou, une faiblesse musculaire ou encore la contention d'un membre supérieur. Cet exercice est souvent redouté des patients, car il peut provoquer une réminiscence d'un état de détresse et de sidération d'une chute précédemment effectuée.

Là encore, une approche très progressive est réalisable en abordant les mouvements de façon individualisée, (chevalier servant avec coussins, retournements puis quadrupédie sur plan de Bobath ou sur un lit), permettant aux patients de reprendre confiance et de recouvrer ces automatismes moteurs.

Actuellement, davantage de personnes âgées disposent de smartphones et accèdent aux technologies digitales, ce qui représente un atout en termes de potentialité de participation à des actions de prévention, de suivi à distance et de participation à des programmes d'auto-exercices à visée de prévention des chutes.

Par ailleurs, l'usage de la réalité virtuelle, à différents degrés d'immersion, a montré des effets bénéfiques en matière de réduction de la peur de chuter (6).

La rééducation ne se limite pas à une action réalisée auprès du seul patient, l'intégration des aidants dans le processus de rééducation est essentielle, non pas en leur demandant de se substituer aux kinésithérapeutes, mais en leur faisant part des avancées de la rééducation de leur proche, en leur montrant quelques éléments de guidage très simples.

C'est un processus très facilitant de l'accompagnement de leur proche, avec des temps de sensibilisation sur des thématiques telles que la prévention des chutes et l'adaptation de l'environnement, ou encore la sensibilisation à accompagner son proche à se relever du sol en cas de chute.

Nécessité du travail pluridisciplinaire

Ce travail pluridisciplinaire est, de l'avis général, indispensable à une prise en soins en rééducation réalisée de façon cohérente et coordonnée avec les autres professionnels de santé. Pas toujours aisé à l'hôpital, malgré la présence de nombreux intervenants au sein des mêmes murs, il semble l'être encore moins en ville, pour les patients les plus fragiles, qui nécessitent pourtant de prendre du temps afin de partager les informations de chacun.

Ces différents professionnels peuvent-ils se réunir ? Sur quel temps ? Ce temps est-il valorisé ? Les communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS) tendent à apporter cette cohérence en matière de coordination des soins.

Au quotidien, il est possible d'observer des professionnels de santé, parler de patients en disant : « elle/lui, c'est un dos-jambes-pieds », sous-entendu que la personne a besoin qu'on lui fasse la toilette du dos, des jambes et des pieds, alors que les personnes sont manifestement capables d'atteindre leurs pieds.

Ce petit exemple met en avant l'écueil du « faire à la place du patient » et surtout montre à quel point les rééducateurs ont un potentiel d'amélioration dans la transmission des informations liées à leur activité ; transmission à opérer auprès des personnes âgées fragiles, mais transmission à opérer aussi dans l'accompagnement des aidants, les aides-soignants à l'hôpital en l'occurrence.

Cet accompagnement peut être réalisé par la mise en place de temps de formation en interne, à des fins de sensibilisation à la prévention de la dépendance iatrogène.

Par ailleurs, ce lien ville : hôpital, qui tend à fonctionner dans le suivi des actes de soins infirmiers et de nursing avec le SSIAD notamment, peut être rendu plus difficile pour le suivi en rééducation, du fait d'une saturation des plannings des kinésithérapeutes en ville ou bien de l'impossibilité pour les patients de bénéficier d'une prise en soins à domicile, ou encore du fait de la faible densité de kinésithérapeutes dans certaines campagnes.

Le lien avec les nouvelles technologies peut être une piste à poursuivre dans ce contexte, lorsque cela est possible, avec un contact via un smartphone, une tablette, seul ou avec un tiers, afin de maintenir un suivi des patients, éviter l'abandon des suivis en rééducation, mais surtout éviter survenue d'hospitalisation de patients présentant un état de fragilité et vulnérabilité physique et cognitive particulièrement avancé, vivant seul et quasiment sans aidants, comme il nous est possible de voir régulièrement.

L'accessibilité aux formations gériatriques

La discipline médicale de la gériatrie est apparue dans les années 1960, seulement sous la forme d'un diplôme universitaire puis d'une capacité. La gériatrie est devenue une spécialité médicale en 2004.

En ce qui concerne la formation initiale les unités d'enseignements abordant la gériatrie sont variables d'un IFMK à l'autre. Cette disparité s'explique par des différences de sensibilité et de volontés politiques des instituts à mettre en avant cette spécificité. Cela dépend également des ressources disponibles allouées aux IFMK. Par ailleurs, il est intéressant de voir que, hormis dans quelques rares instituts de formation, le nombre de mémoires de Diplôme d'État abordant des thématiques gériatriques semble inférieur aux autres thématiques ; cela pose la question du potentiel d'amélioration de l'attractivité en termes d'activité post-diplôme et de l'intérêt suscité auprès des étudiants pour ce public. Hormis les professionnels travaillant auprès d'enfants, de femmes enceintes ou d'une patientèle exclusivement sportive, toutes les autres formes d'activités et spécialités de la kinésithérapie nous amènent à côtoyer un public âgé.

La formation continue, permet tout de même un approfondissement des connaissances relatives à la gériatrie, notamment grâce à certaines universités qui proposent des DU ou autres formations à destination des professionnels de la rééducation. Des organismes proposent également des formations. Néanmoins, il est à noter que ces organismes de formations proposent peu de modules spécifiques à la gériatrie en comparaison avec des modules de thérapies manuelles ou de rééducation sportive. Se pose alors la question de savoir si les professionnels de la rééducation s'empareraient de formations gériatriques, sachant que la patientèle gériatrique est une patientèle qui devrait encore augmenter dans les futures années ?

L'évolution des lieux de vie

L'adaptation de l'environnement

L'adaptation du logement est un levier important conditionnant un maintien à domicile, mais il ne faut pas oublier tout le tissu social et le contexte aux alentours, tel que les commerces et autres services de proximité, des proches (famille ou non) aidants, contribuent également un maintien à domicile et préviennent l'isolement. L'attachement au quartier malgré l'inconfort du logement peut parfois expliquer le fait que certaines personnes restent dans un logement perçu comme inadapté voire inadaptable.

L'intervention du masseur-kinésithérapeute à domicile, au-delà d'un intérêt social et de rééducation, contribue à l'évaluation des possibilités de maintien à domicile de la personne âgée.

Déclinée comme étant l'un des 5 axes d'amélioration du plan antichute diffusé en 2022 par le ministère de l'autonomie, l'adaptation de l'environnement fait partie des priorités du gouvernement, avec une attention portée sur le repérage des éléments à risque de chute dans l'environnement, mais aussi sur l'adaptation du logement, qui est permise par des politiques d'aides à l'aménagement du logement, qui sont inscrites dans les évolutions d'action sociale, orientées progressivement vers les situations les personnes les plus dépendantes.

Cette adaptation répond non seulement à la nécessité de prévenir les chutes à domicile, mais aussi à celle de les déceler et d'alerter en cas de survenue, avec des éléments de domotique. Cette dernière, toujours plus présente dans nos logements sous différentes formes - principalement centrées sur le confort – peut revêtir une fonction de sécurisation, afin de prévenir la station au sol prolongée.

Cette conséquence de la chute est l'une des plus graves et grande pourvoyeuse de mortalité dans l'année suivant cette station au sol prolongée.

À noter que des équipes de rééducation proposent des ateliers de simulation en santé, notamment l'équipe de Darnétal, qui a été inspirée par des ateliers de chambre des erreurs sur des thématiques d'hygiène, d'identitovigilance ou de parcours du médicament. Cette équipe a décliné une chambre des erreurs sur la thématique de la prévention des chutes, serious game immersif, basé sur l'observation du facteur environnemental du risque de chute.

Cet atelier a été diffusé à différentes équipes en France depuis sa création en 2018, il représente un atelier de sensibilisation et d'éducation tant des soignants que des usagers et leurs familles, à l'adaptation de l'environnement à des fins de prévention des chutes.

À noter que les retours de tous les participants (professionnels, usagers et leurs proches, public) sont unanimes : « sympathique, ludique, non stigmatisant, culture positive de l'erreur » sont les termes positifs évoqués à la suite de la participation à cet atelier.

Non cohabitation intergénérationnelle en France

L'élévation incontestable du niveau moyen des revenus, la progression continue de l'espérance de vie sans incapacités sévères, la mise à disposition d'un arsenal technologique d'usage courant, ont très largement contribué à un maintien à domicile des personnes à un âge avancé.

Il convient à cet égard de rappeler qu'une des conséquences de cette liberté, combinée à l'évolution des modes de vie, a été de multiplier les situations de non-cohabitation familiale, phénomène qui ne saurait être confondu avec la non-assistance des proches.

Il est, par ailleurs, mis en évidence une érosion des relations sociales avec l'avancée en âge, notamment avec le passage en retraite. Une diminution des contacts professionnels est constatée, avec des relations davantage centrées sur les voisins et la famille. Les amitiés se réduisent sous l'effet naturel de la mortalité. Au-delà de 80 ans, les relations avec les commerçants diminuent.

En moyenne, les femmes âgées discutent avec davantage d'interlocuteurs que les hommes, au même âge. Pour les femmes inactives, le passage à la retraite ne constitue pas une rupture des habitudes de rencontres, mais plutôt une continuité marquée par un changement administratif. À partir de 70 ans, la sociabilité qui était supérieure aux hommes, diminue et devient inférieure après 75 ans. Ce décalage temporel est lié à la différence d'âge entre époux. Les relations avec les membres extérieurs au foyer dépendant également du conjoint.

De plus, les diplômes et la catégorie socioprofessionnelle (CSP) influencent la sociabilité des personnes âgées. Plus les personnes appartiennent à une CSP favorisée, plus les relations sociales sont nombreuses, à l'exception des agriculteurs, présentant un ancrage local, avec réseau de parenté fourni (7).

Ces spécificités d'organisation de la structure familiale comme de l'habitat ne peuvent être généralisées à l'Europe. En effet, Les pays « nordiques » ou encore des exemples en Allemagne et aux Pays-Bas, développent des modèles d'organisation sous forme d'habitat de type maisons partagées entre personnes âgées ou entre familles. Cela permet le maintien des interactions et du sentiment d'utilité sociale, mais aussi des contacts intergénérationnels bénéfiques à tous.

Dans nos EHPAD, la création d'unités de vie spécifiques telles que les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) et les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), sont des lieux où les kinésithérapeutes sont susceptibles d'intervenir.

L'évolution au rythme des politiques publiques

Les politiques de santé publique semblent avoir évolué suivant les mêmes trajectoires que les connaissances des mécanismes du vieillissement. Il a fallu passer du concept de traitement des maladies, à celui de la gestion de la chronicité et de la prévention, cette dernière commençant à peine se développer ces dernières années.

En effet, jusqu'au milieu des années 1980, l'évolution démographique et notamment l'arrivée des classes d'âge creuses correspondant aux naissances pendant la période de la première guerre mondiale a expliqué le peu d'intérêt des décideurs politiques à mettre en place de plans ambitieux, à investir en matière de politique publique concernant l'adaptation de la société au grand âge.

Par la suite, les décideurs politiques semblent s'être engagés à accompagner le vieillissement, sans pour autant avoir manifestement pris conscience des défis que représentent l'augmentation importante du nombre de personnes âgées.

En ce sens, le plan national « bien vieillir » a été instauré entre 2007 et 2009 (8). Par la suite, en décembre 2015, une loi a été adoptée par le parlement, relative à l'adaptation de la société au vieillissement (9). Ces choix politiques peuvent s'expliquer du fait de la transition démographique.

Ce processus historique se caractérise par un régime démographique ayant connu auparavant un taux de natalité et de mortalité élevés et plus récemment un taux de mortalité puis un taux de natalité faibles.

Le vieillissement de la population conduit à d'importantes conséquences sociales, humaines, économiques et médicales.

En effet, pour la majorité des seniors, les revenus diminuent du fait du passage en retraite, le vieillissement peut donc être synonyme d'appauvrissement et de précarité pour certains. De plus, il induit bien souvent un isolement social comme évoqué précédemment. Cela peut s'expliquer par la non-cohabitation intergénérationnelle et par la prise en charge des personnes âgées par la collectivité, alors qu'elles étaient autrefois souvent prises en charge par la famille proche.

L'économie du pays est dépendante des revenus des personnes actives et non actives. Quel que soit le mode de redistribution, les revenus des non actifs proviennent d'un prélèvement sur le revenu des actifs.

L'équilibre économique est de ce fait impacté par le nombre de retraités en augmentation. L'accroissement de la population vieillissante s'accompagne d'une augmentation de l'incidence et la prévalence des maladies liées à l'âge, ainsi qu'une augmentation du nombre de chutes et de ses conséquences. Les services hospitaliers s'organisent difficilement pour faire face à l'afflux des seniors.

En février 2022, le ministère chargé de l'autonomie, dévoile son plan national triennal : le plan antichute des personnes âgées (10). Ce plan s'appuie sur le fait que chaque année, deux millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès. Il s'agit de la première cause de mortalité accidentelle.

De ce fait, le plan triennal s'organise autour de cinq axes thématiques :

- le repérage des risques de chutes ;
- l'activité physique ;
- la mise en place d'aides techniques adaptées ;
- l'adaptation du logement ;
- et la téléassistance.

et d'un axe transversal, dans un unique but de prévenir la survenue des chutes. L'objectif de l'axe transversal est de développer l'information et la sensibilisation auprès de la population.

Malgré le fait que la kinésithérapie ne soit pas évoquée dans ce plan, elle a toute sa place en regard des actions à mener, sur une majorité des axes définis.

En effet, les masseur-kinésithérapeutes ont, du fait de leur décret de compétences, toute légitimité à prendre part à la prévention des chutes des personnes âgées, en plus d'une expertise en la matière développée depuis plusieurs décennies. Peut-être aurait-il été pertinent de rendre visible la pratique du relever du sol dans ce plan antichute, afin, non pas de prévenir la chute an tant que telle, mais les conséquences particulièrement délétères d'une station au sol prolongée.

Conclusion

Ces plans nationaux s'accompagnent également de politiques d'urbanisme avec l'adaptation progressive des villes au grand âge et à la fragilité.

La transition démographique et l'engagement politique relatif, expliquent en grande partie l'essor de la gérontologie et de la gériatrie, discipline quasi inexistante il y a quelques dizaines d'années encore. Ces évolutions dans le domaine gériatrique impactent de toutes évidences notre activité en tant que masseur-kinésithérapeute.

Cette tendance évolutive n'est pas prête à s'essouffler et la kinésithérapie devra s'efforcer de s'adapter et de contribuer à ces changements.

En 2021, l'OMS estime que la moitié de la population mondiale est âgiste à l'égard des personnes âgées (11). La kinésithérapie gériatrique semble, en ce sens, des acteurs en première ligne pour agir auprès de la population, à la lumière de l'expérience et de l'expertise acquise au cours de ces trois dernières décennies.

1. **Peruca B. Espérance de vie, une croissance éternelle ?** Le Monde.fr [Internet]. 16 déc 2010 [cité 23 août 2023]; https://www.lemonde.fr/planete/article/2010/12/16/esperance-de-vie-une-croissance-eternelle_1454207_3244.html
2. **Awada A, Gautier J.C.** Troubles neurologiques de la marche et chute chez les sujets âgés. Paris : Specia; 1986. 78p.
3. **Mourey F, Tavernier-Vidal B.** Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé. La régression psychomotrice. Frison-Roche. 1991. (Précis pratiques de rééducation).
4. **Vercueil L.** Astasie-abasie : causes psychogènes et non psychogènes. Rev Neurol (Paris). 1 févr. 2010;166(2):221-8.
5. **Kubicki A, Brika M, Coquisart L, Basile G, Laroche D, Mourey F.** The Frail'BESTest. An Adaptation of the « Balance Evaluation System Test » for Frail Older Adults. Description, Internal Consistency and Inter-Rater Reliability. Clin Interv Aging. 2020;15:1249-62.
6. **Levy F, Leboucher P, Rautureau G, Komano O, Millet B, Jouvent R.** Fear of falling: efficacy of virtual reality associated with serious games in elderly people. Neuropsychiatr Dis Treat. 15 avr 2016;12:877-81.
7. **Blanpain N, Pan Ké Shom J.L.** Vieillir, c'est discourir... un peu. Gérontologie et société. Habitat. sept 1998;86:7-22.
8. **Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées aux Personnes, handicapées et à la Famille,** Plan national « Bien vieillir » 2007-2009.
9. **LOI n° 2015-1776 du 28 12 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1).** 2015-1776 déc 28, 2015.
10. **Plan antichute des personnes âgées.** Ministère chargé de l'autonomie; 2022.
11. **OMS. Vieillesse : l'âgisme.** [Internet]. 2021 [cité 20 août 2023]. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>



Qu'en est-il de la kinésithérapie de la personne âgée en 2023 ?

La définition de la personne âgée n'est pas consensuelle, 60 ans pour la SNCF et les maisons de retraite pour la MDPH, 64 ans pour la retraite, 75 ans pour les gériatres et plus de 85 ans pour les « vieux-vieux ».

Ce qui a beaucoup changé en 50 ans c'est l'espérance de vie à un âge donné

Cette espérance de vie associée aux progrès de la médecine de la chirurgie et de l'anesthésie et la prévention des facteurs de risque fait que la majorité des personnes vieillissent en « bonne santé » jusqu' à un âge avancé.

Ceci implique évidemment des changements dans la prise en charge en particulier des personnes âgées lorsqu'un accident de vie survient surtout chez la personne âgée en bonne santé.

Il existe avec le vieillissement des facteurs de fragilité qu'il faut connaître et dépister car ce sont ces personnes âgées « fragiles » chez qui les soins seront plus difficiles, plus longs, avec de moins bons résultats.

Cette évaluation se fait autour d'une évaluation gériatrique standardisée recherchant le risque de chute, l'incontinence urinaire, les troubles mnésiques, la dépression, la dénutrition, la polymédication.

La mesure de la force musculaire est souvent associée afin de rechercher une sarcopénie.

Aux tests classiques du GET UP and GO test on associe donc souvent le chronométrage du relever de chaise 5 fois de suite.

Cette évaluation gériatrique standardisée (EGS) est actuellement bien codifiée et bien qu'existant depuis plus de 20 ans elle n'est cependant pas assez diffusée pour être utilisée en pratique courante en dehors de la gériatrie et la cancérologie gériatrique.

Ainsi il y a 40 ans dans un service de médecine physique et de réadaptation un patient de plus de 60 ans ayant fait un AVC avait peu de chance d'entrer.

LA MPR était réservé sauf exception aux « jeunes ». Cela n'était d'ailleurs pas spécifique de la kinésithérapie, l'orthophonie également n'était pas prescrit pour les sujets de plus de 60 ans et encore moins à 85 ans.

Les prothèses de hanche de genou pour arthrose n'étaient pas proposées à 85-90 ans.

Les modifications de prises en charges sont donc réelles avec une prise en charge en ville en libéral en MPR s'attachant à des sujets de plus en plus âgés. Quelles sont les limites de cette prise en charge ?

La poly pathologie et les troubles cognitifs restent des freins à une prise en charge active des patients. Dans ces cas-là il faut en effet avoir des séances moins longues moins importantes si possible fractionnée avec des temps de pauses difficilement réalisable actuellement.

La durée de la récupération est souvent plus longue que chez le sujet plus jeune.

Les techniques de rééducation ne sont pas très différentes avec cependant une prise en charge fonctionnelle le plus rapide possible : ne pas laisser le patient au lit.

Le renforcement musculaire est toujours possible même à un âge avancé.

Le travail de l'équilibre est presque toujours associé au reste de la rééducation.

Les indications de prise en charge sont donc les mêmes que chez les sujets plus jeunes avec les limites citées plus haut de la coopération et de la fatigabilité.

Quid des chutes à répétitions : cette problématique fréquente chez le sujet âgé nécessite ici aussi une évaluation multidisciplinaire/

La rééducation est de mise mais associée aux autres éléments de la prise en charge que sont la diminution de la polymédication et la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaire en particulier.

Chez les patients chuteurs récidivistes l'efficacité de la rééducation est souvent limitée alors que chez les patients à risque de chute la prise en charge est plus efficace.

Cette prise en charge doit être prolongée et associe renforcement musculaire travail de l'équilibre et assouplissement articulaire. Le simple fait de marcher ne suffit pas à améliorer l'équilibre.

Ainsi la prise en charge en kinésithérapie est devenue une pratique courante actuellement chronophage et nécessitant un investissement plus important car l'auto-rééducation est plus difficile à obtenir.

La télééducation est testée dans certains pays comme le Canada pour éviter des déplacements souvent fatiguant dans cette population.

Gilberte Robain

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Eléonore DURAND
MK

Polyclinique Sainte Barbe, Filiéris
CARMAUX (81)

KINESITHERAPIE GERIATRIQUE REPRESENTATIONS, REGARDS & VECUS

Mon parcours est fait de rencontres. Elles ont tracé mon chemin petit à petit sans en avoir l'air... D'abord la kinésithérapeute qui m'a suivie dès mes 11 ans pour ma scoliose, passionnée par son métier. J'ai aimé ce travail de contact, cette volonté de soulager et d'accompagner dans la vie les personnes en difficulté. Ce beau métier me faisait rêver !

Puis celle de Mr Signeyrole, directeur de l'école d'Assas à l'époque (Paris 15^{ème}), et son discours avant le concours d'entrée. J'ai su rapidement que je voulais travailler avec lui. Sa vision des choses me parlait et faisait écho.

Par la suite, la rencontre de l'encadrement de l'école comme Annie Bertin, Thierry Lassale ... des passionnés du métier mais aussi de l'apprentissage. Remise en question continue, réflexion perpétuelle sur la démarche clinique, recherche du bon geste technique... Ils m'ont formatée, dans le bon sens du terme, à aller toujours plus loin.

Comme beaucoup d'entre nous, je pensais me diriger vers la prise en charge des sportifs après le diplôme.

Cependant, après un stage dans un centre de région parisienne accueillants des sportifs de hauts niveaux, j'ai un peu déchanté. Ce monde-là n'était pas pour moi. Bien qu'étant une discipline vraiment complexe et très valorisante, j'avais envie de me sentir plus utile que dans la simple reprise du sport.

Après le diplôme, j'ai commencé à travailler dans une clinique de soins de suite avec une orientation gériatrique, un peu au hasard des entretiens d'embauche.

Ne me sentant pas au niveau dans cette discipline, j'ai eu la chance de me voir proposer une formation dans une autre école de kinésithérapie du 15^{ème} arrondissement de Paris. Formation donnée par le duo France Mourey et Annick Soufflet, j'ai compris la nécessité d'une approche globale et fonctionnelle de la personne âgée.

J'avais trouvé ce qui me correspondait et depuis je suis toujours aussi enthousiaste pour cette spécialité.

Le monde salarial a été une évidence pour moi dès le début de mes études. Totalement à contrecourant de mes collègues étudiants. Peut-être parce que j'étais un peu frileuse à l'idée de me lancer seule dans le monde du travail. Ou la peur de ne pas réussir à gérer la paperasse. De plus les horaires et un salaire fixe me rassuraient. Le travail en équipe était aussi important pour moi. Avancer vers un même but, s'épauler, se soutenir, s'entraider, sont des valeurs qui me parlent et me tiennent à cœur.

Depuis quinze ans, je navigue dans diverses cliniques/hôpitaux privés et public, souvent en SSR mais aussi en EHPAD.

Je suis actuellement dans une polyclinique d'un groupe privé, à but non lucratif. Je travaille dans un service SMR à orientation gériatrique. J'ai de la chance de pouvoir m'organiser comme je le souhaite, de participer à des projets, faire des formations et avoir du temps pour d'autres activités professionnelles comme des interventions en écoles de soignants ou autre.

Pour étayer mes compétences j'ai fait plusieurs formations depuis que je suis diplômée. Bien entendu certaines étaient en lien avec la gériatrie (prise en charge des troubles du comportement avec la méthode Montessori ou encore cette année avec un DIU en rééducation gériatrique sur Dijon et Saint Etienne).

Toutefois, j'ai aussi passé une licence en science de l'éducation. Il me paraît important dans notre métier de transmettre ses connaissances, la pédagogie est alors un atout nécessaire.

La gériatrie maintenant

Je ne sais pas comment était enseigné la gériatrie avant, mais il y a une quinzaine d'années, le temps consacré à cette discipline était bien mince. Quatre heures de cours magistraux et deux heures de travaux pratiques m'avaient laissé une sensation de rester sur ma faim : je connaissais les pathologies en théorie, mais concrètement prendre en charge une personne âgée me semblait compliqué.

Gérer le cumul de pathologies, gérer des troubles cognitifs ou encore un syndrome de désadaptation psychomotrice...

Durant mes prises en charge en tant que jeune diplômée, je sortais souvent les rames ! Heureusement qu'ensuite je suis vite tombée sur une formation très complète. D'où l'importance de continuer à se former par la suite !

Aujourd'hui, le temps attribué à la gériatrie est plus important, les instituts ont donc plus les moyens pour transmettre les savoirs fondamentaux de cette discipline. Tout d'abord il me paraît primordial de s'appuyer sur les connaissances du vieillissement normal pour comprendre le pathologique. Il faut ensuite que les étudiants réussissent à faire le lien entre toutes les spécialités (neurologie, psychologie, traumatologie...) mais avec un filtre « gériatrique ». Les pathologies s'entremêlent et la rééducation n'est alors pas aisée à concevoir.

La prise en charge se doit d'être globale. La personnalisation des soins est la clé pour la prise en charge en gériatrie : il n'y a pas un vieillissement identique, chacun vieillit différemment. Il faut pour cela ne pas dérouler des protocoles mais apprendre à sortir des sentiers battus, à ouvrir son champ de vision pour renouveler son panel d'exercices, à choisir les gestes les plus fonctionnels possibles et qui ont du sens pour la personne âgée.

Ce qui marche avec l'un ne marchera peut-être pas avec l'autre. Le maître mot de la gériatrie c'est l'adaptation ! La place des stages est aussi très importante en gériatrie, se confronter à un vrai patient, avec ses multiples pathologies, son fonctionnement et ses habitudes change tout.

Malheureusement, ce ne sont pas ces lieux de stages qui sont pris d'assaut et l'expérience pratique en partie.

Cette spécialité n'attire pas.

Est-ce parce que justement il faut faire preuve de remise en question et d'imagination pour éviter de tomber dans la marchothérapie habituelle ?

Ou parce qu'il faut accepter de sortir un peu de son cadre de travail et parfois régler le problème de la télécommande de Mr P. avant la séance, sous peine d'une séance difficile à mettre en place ?

Ou la peur d'être confronté à la mort ?

De plus, il me semble que la gériatrie ne fait pas rêver. Le domaine peine à recruter. Et ce, dans tous les corps de métier. La vocation devrait être le leitmotiv des embauches, mais dans la réalité c'est différent.

Spécialité récente en médecine (2004 en France), elle peut paraître moins technique et donc moins valorisante auprès du grand public. Et c'est avant tout un problème sociétal, le monde médical n'est pas le seul concerné.

La lutte contre l'âgisme pour une meilleure prise en charge gériatrique

L'âgisme est un fléau qui touche la société dans son ensemble.

Rien dans l'environnement n'est pensé pour les personnes âgées. Il est parfois trop hostile pour permettre aux plus âgés de sortir à l'extérieur de chez eux et continuer à faire leurs activités quotidiennes.

Pour preuve le manque de banc public dans le paysage urbain, qui permettrait aux personnes ayant un périmètre de marche limité de s'asseoir régulièrement, ou le manque de contraste des nez de marches d'un escalier public qui aiderait les personnes ayant une basse vision à l'emprunter en sécurité...

L'adaptation nécessaire pour affronter les obstacles extérieurs est parfois difficile et les sorties se réduisent. Petit à petit elles se défont de leurs activités habituelles.

Les médias aident à véhiculer l'image négative d'un corps vieillissant, avec son lot de solution pour lutter contre le temps qui passe, crèmes antirides ou protections contre les fuites urinaires... La honte de montrer son corps vieillissant, la peur du jugement et du regard de l'autre, dévoiler ses faiblesses aux yeux de tous, de nombreuses raisons amènent là aussi un repli sur soi.

La place dans la société à partir d'un certain âge est modifiée, elle est reléguée au second plan. Considérée le plus souvent comme inutile après la retraite, la personne âgée devient un poids pour l'entourage lorsque la dépendance entre en jeu. L'image de la vieillesse fait peur, elle nous renvoie à notre propre déchéance et notre propre mort. Les personnes âgées sont parfois mises à l'écart, mises en retrait.

Dans le milieu médical l'âgisme est aussi présent. La famille est souvent questionnée par le médecin, pour la prise de décision sur la santé du patient âgé, plutôt que de passer par le patient lui-même.

Par soucis de bien faire, par peur de trop le fatiguer ou de le voir chuter, par manque de connaissance sur ses capacités réelles mais aussi par manque de temps, l'accompagnement des soignants est souvent trop important, allant jusqu'à faire tout à la place de la personne âgée.

Cette mise à l'écart entraîne aussi un désinvestissement du patient dans sa propre santé.

En tant que kinésithérapeute, nos prises en charge sont stéréotypées. Souvent la « marchothérapie » est la réponse la plus simple, par habitude et/ou manque de temps.

Pour que la société change, il est nécessaire que l'âgisme soit rendu conscient. Car bien souvent, ce genre de stéréotypes sont ancrés dans notre culture et rendent nos comportements automatiques. Ainsi il faut en parler : des mouvements comme Old Lives Mater prennent de l'ampleur sur les réseaux sociaux. L'OMS a aussi publié en 2021 un rapport avec des recommandations pour lutter contre l'âgisme. Plus l'âgisme sera connu du grand public, plus il sera visible, plus il sera facile de le combattre.

Dans le milieu médical il faut aussi changer nos habitudes, notre culture de soin.

En kinésithérapie il faut construire un programme de rééducation/réadaptation en fonction des résultats obtenus, après un bilan personnalisé et selon le patient. Nos prises en charge seraient plus pertinentes et plus efficaces.

Nous sommes tenus aussi de communiquer sur les capacités des patients et de coordonner les prises en charge en fonction des besoins.

Ceci est nécessaire pour aider à être dans le juste soin apporté au patient.

Ainsi il sera possible pour tout le monde d'être moins dans le « faire à la place » et plus dans le « laisser faire », en remettant réellement le patient au centre de son soin et de son traitement.

Ceci contribuera à rendre le patient acteur de sa santé.

Nous avons aussi un rôle à jouer dans la formation initiale et continue. Intervenir dans les instituts de formation des métiers paramédicaux me semble important.

Ainsi il est possible de modifier les croyances sur les vieillissements, sur les capacités des personnes âgées et sur le rôle d'accompagnement dans la vie quotidienne de ces dernières.

Lutter contre l'âgisme n'est pas chose facile et promet un long chemin, mais il est nécessaire pour faire changer les mentalités.

Eléonore DURAND

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Sandrine MERCIER
MK,
CH Beclere, AP-HP

Expérience en rééducation gériatrique : hier, aujourd'hui, demain

Diplômée en 1999, la formation initiale que j'ai reçue comportait ni module de gériatrie ni de cours sur le sujet. Lors de mon tout premier stage, j'ai été accueillie dans un service de gériatrie, en moyen séjour. Pour mon premier contact avec l'exercice de la rééducation et le monde du soin, la prise en charge m'a paru très étrange ... les patients chuteurs portaient des casques ou étaient contentonnés dans des fauteuils roulants, les patients dans les chambres hurlaient à cause d'atroces douleurs liées à des escarres évoluées (qui étaient très impressionnantes à voir).

Sur le plateau technique, des patients face aux espaliers se levaient et s'asseyaient de leur chaise pendant toute la durée des séances, les plus vaillants faisaient des kilomètres entre les barres parallèles.... Traumatisée par cette expérience, je me souviens très bien qu'à la fin de ce stage j'avais dit « JAMAIS, je ne travaillerai en gériatrie ! »

J'ai commencé ma carrière en centre de rééducation traumatologique pendant quelques mois.

J'ai ensuite exercé en milieu hospitalier, en court séjour polyvalent avec une spécialisation rapide en réanimation. Au bout de 10 ans, je me suis retrouvée dans le court séjour gériatrique de l'établissement, ouvert à la suite de la canicule de 2003.

Travailler au quotidien avec deux gériatres très intéressés et impliqués dans la rééducation gériatrique a été déterminant pour susciter chez moi l'envie de me former dans cette discipline que je ne connaissais pas. Le chef de service m'a rapidement parlé du schéma de Bouchon 1+2+3 (cf schéma) et son adjoint du syndrome de désadaptation psychomotrice. Ils m'ont partagé plusieurs articles scientifiques. Ma curiosité m'a poussé à faire des recherches bibliographiques. Je me suis ensuite formée en rééducation gériatrique grâce au DU obtenu à la faculté de Bourgogne.

Ma rencontre avec France Mourey a fait naître ma passion pour la rééducation gériatrique. C'est en participant à différents congrès gériatriques et d'autres formations telles que « le relever du sol chez les personnes âgées », « les bons gestes avec les personnes âgées » que ma pratique professionnelle s'est affinée. Au fil des années, je me suis spécialisée et les différents échanges au sein du Groupe d'Intérêt de Gériatrie de la SFP m'ont permis de développer et d'entretenir une réflexion sur ma pratique quotidienne afin de rester dans une dynamique de progression et d'approfondissement grâce notamment au suivi de l'actualité scientifique.

Aujourd'hui, je me sens **enthousiaste** de travailler en gériatrie. Mon regard a changé car l'exercice de la kinésithérapie en gériatrie est très polyvalent. Ce que j'apprécie le plus est le travail en équipe pluriprofessionnel. Le patient est au cœur des soins. Chaque acteur apporte ses compétences pour que le projet de vie du patient puisse se réaliser.

Depuis la crise du Covid, au sein du court séjour gériatrique, le profil des patients admis change. En effet, les patients sont plus âgés. La moyenne d'âge est proche de 90 ans avec un degré de dépendance très élevé lié à des pathologies chroniques et aiguës plus nombreuses relevant de traitement médicaux et/ou chirurgicaux plus complexes.

Le désert médical est une réalité même dans la grande métropole parisienne. Les patients sont souvent en rupture de suivi médical faute de médecin traitant. Les rééducateurs ne se déplacent plus au domicile. Le maintien à domicile est très difficile à maintenir surtout face à un isolement social majeur (propre des grandes villes ?). Le bassin de population est dense et pourtant il existe très peu de centre de rééducation.

Parmi ces établissements peu d'entre eux ont une spécialisation gériatrique. Le coût de l'hébergement en EHPAD représente un véritable frein pour certains patients pour trouver un lieu de vie adapté à leurs besoins quotidiens. Toutes ces raisons font que la durée de séjour à l'hôpital augmente. Cela cause de réels conflits entre les administratifs qui gèrent l'hôpital et l'ensemble des soignants qui exercent auprès des patients. Les moyens mis en place à l'hôpital sont limités pour la rééducation qui se déroule essentiellement dans la chambre des patients et les couloirs du service.

Le kinésithérapeute a plusieurs fonctions. La première est l'évaluation. L'évaluation représente la plus grande activité de la rééducation en court séjour (évaluation du risque de chute, évaluation des capacités de transferts des patients, retour à domicile envisageable ou non, relever du sol, évaluation du risque de fausse route ...). Le kinésithérapeute est sollicité pour conseiller les patients et les familles sur l'aménagement du domicile, les aides techniques à mettre en place (il n'y a pas d'ergothérapeute dans le service).

L'expertise du kinésithérapeute est également réclamée pour aider au choix de l'achat de matériel et d'aménagement du service.

Une nouvelle activité apparaît depuis quelques années et est amenée à se développer à l'avenir. Il s'agit de l'éducation thérapeutique des aidants familiaux. Le plus souvent les enfants des patients et parfois des conjoints sont concernés.

Dans le cadre du maintien à domicile et pour prévenir leur épuisement, ils ont besoin d'être informé et formé pour accompagner leur proche dans les gestes et déplacements de la vie quotidienne.

La reconnaissance et la valorisation de l'aide apportée est essentielle. La formation est indispensable pour qu'ils puissent se préserver (il s'agit souvent de séniors qui peuvent présenter des risques de devenir fragiles à leur tour à plus ou moins brève échéance).

Le turn-over des personnels paramédicaux et médicaux est élevé en milieu hospitalier.

Cela implique la nécessaire mise en place de formations régulières pour que l'exercice pluriprofessionnel qui est au cœur des soins prodigués aux personnes âgées soit le plus adapté et optimal au quotidien. Le kinésithérapeute est un acteur privilégié pour concevoir et animer des formations. C'est souvent l'occasion d'une relecture des pratiques qui permet de redonner une dynamique d'équipe et une cohésion de groupe.

La participation active du kinésithérapeute aux staffs médico-social contribue à l'élaboration en équipe avec le patient du projet de sortie du service.

La fin de vie est présente au quotidien dans un service de gériatrie. Elle implique d'avoir une réflexion personnelle approfondie notamment face aux réflexions menées au sein de la société. Il existe des staffs éthiques au sein du service pour aborder les situations complexes qui se présentent (temps d'échanges entre tous les professionnels du service à partir des informations recueillies par chacun auprès des patients).

L'accompagnement des patients en fin de vie est également soutenu par l'équipe mobile de soins palliatifs. La kinésithérapie trouve sa place dans les soins de confort apportés à ces patients. Elle est très personnalisée et ne relève en aucun cas de protocole.

L'encadrement de stagiaires kinésithérapeutes en formation initiale est très valorisant. Echanger, transmettre un savoir-faire et un savoir-être auprès des personnes âgées demande du temps. Mais c'est indispensable pour valoriser cette rééducation qui même si elle est sexy (cf le congrès des JFK à Montpellier en 2019) peine encore à attirer de jeunes diplômés.

Alors que les stagiaires arrivent dans le service avec des clichés plein la tête, ils sont surpris de découvrir la diversité des interventions en kinésithérapie. La relation privilégiée avec les médecins et les différents paramédicaux est toujours valorisée. Ces échanges au quotidien parfois informels permettent une approche à la fois personnalisée et plus pertinente pour les patients. Il règne une atmosphère joyeuse dans le service et les éclats de rires régulièrement entendus entre personnel soignant et patients témoignent que l'avancée en âge n'est pas systématiquement synonyme de tristesse et morosité.

Aujourd'hui, la réforme des études et la modification des programmes de formation initiale ne suffit pas à accroître le nombre de praticiens intéressés par la gériatrie. La formation continue dans le domaine de la gériatrie est très insuffisante. Les études et publications scientifiques sur le sujet se multiplient. C'est une chance. Mieux comprendre le fonctionnement des systèmes de régulation de l'équilibre par exemple permettra de développer des techniques de rééducations plus performantes.

Les avancées scientifiques sur les maladies neuro cognitives dégénératives déboucheront sur des approches différentes et innovantes. La publication d'articles et les communications lors de congrès favorisent la promotion de cette spécificité de la rééducation.

Il existe avec la sylvie économie un développement de nouveaux outils et applications pour la rééducation mais ceux-ci sont encore peu médiatisés.

Pour demain ; je me sens dynamisée et pleine d'espoir. La rééducation gériatrique est une véritable spécialité et elle mérite la même reconnaissance que d'autres types de rééducation qui sont reconnues comme plus prestigieuses.

La population française vieillit. C'est un fait. Tout kinésithérapeute, à l'avenir, sauf s'il exerce en pédiatrie sera amené à s'occuper d'une personne âgée. La prévention primaire de la dépendance représente un enjeu de santé publique majeur et le kinésithérapeute en est un acteur privilégié. Il est capable de dépister, évaluer, conseiller, traiter les différentes affections présentées par le sénior qui se présentera à son cabinet, dans un centre de rééducation ou dans un service hospitalier.

La sensibilisation, l'information, la formation de tous les professionnels est indispensable.

La société est amenée à changer son regard sur le vieillissement. Les nouveaux papy boomers sont à l'initiative de différentes réflexions et actions dans ce sens. Les kinésithérapeutes sont aussi invités à changer leur regard sur cette population. Leurs pratiques méritent d'être réactualisées.

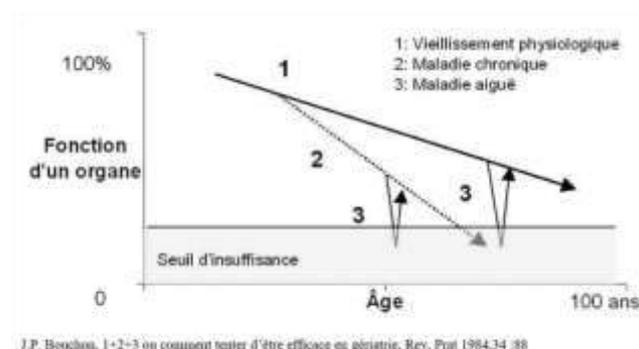
Au-delà de la prise en charge primaire, il y a également une place pour les kinésithérapeutes dans le cadre d'une prise en charge secondaire voire tertiaire de la dépendance. Le nombre de lits disponibles en EHPAD sera insuffisant pour accueillir toutes les personnes âgées dépendantes. Il faudra donc imaginer une prise en charge à domicile améliorée avec certainement de meilleures indemnités de déplacements.

La création et le développement de structures inspirée des hôpitaux de jour pour accueillir les patients et leur proposer des soins adaptés à leur état de santé, tout en leur permettant de côtoyer des lieux de socialisation. L'intergénérationnel prend ici toute sa place. Les centenaires de demain ne seront pas les mêmes que ceux d'aujourd'hui. Ils auront notamment vécu un rapport à leur corps et à la pratique sportive autre que nos aînés actuels. Leurs attentes et demandes seront différentes.

Les aides techniques, les outils pour aménager et faciliter leur quotidien devront avoir un design différent. Les outils numériques et la domotique sauront trouver leur place. La coopération et l'implication des patients dans leur rééducation sont essentielles pour obtenir des résultats quel que soit le domaine.

Avec les personnes âgées, c'est la finalité et le sens donné aux exercices qui entraînent le plus d'adhésion. Alors soyons créatifs ! A nous de savoir nous remettre en question pour inventer la rééducation gériatrique de demain qui sera Very Happy !

Sandrine MERCIER



EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE / READAPTATION PEDIATRIQUE

*L'intention,
le geste,
la trace !*

V1 septembre 2023

En ouvrant ce dossier le CNKS souhaite marquer et soutenir l'importance d'une reconnaissance plus importante de la rééducation, réadaptation en général et de la kinésithérapie en particulier dans le domaine de la pédiatrie.

A cet effet plusieurs auteurs – dont la récente « association nationale de kinésithérapie pédiatrique » ont bien voulu apporter leurs concours à contextualiser cet exercice orienté, populationnel,

- en retraçant son évolution, ses difficultés et ses réussites, depuis plusieurs dizaines d'années,
- en faisant un retour d'expérience et de vécu d'aujourd'hui
- en envisageant son évolution demain.

Qu'ils et elles soient remerciés de cet exercice ;

Qu'ils et elles soient assurés de l'attention du CNKS et de son engagement à défendre et promouvoir cette spécificité ;

Qu'ils et qu'elles soient assurés de la disponibilité du CNKS pour envisager travaux, enquêtes et études utiles, nécessaires voire indispensables pour en étayer le bienfondé.

Pratiques cliniques de la kinésithérapie pédiatrique, réflexions au détour des assises de la pédiatrie.



Introduction

Si les prises en soins des nouveau-nés, nourrissons, enfants et/ou adolescents en kinésithérapie, ont toujours été assurées comme une évidence par les thérapeutes, il n'est pourtant pas si simple de définir le cadre de ce champ d'activités cliniques tant il est large et protéiforme. La question de l'identité du kinésithérapeute exerçant exclusivement sur cette population, mets en lumière un grand nombre de questions auxquelles notre profession doit faire face pour formaliser et organiser cette branche spécifique de la kinésithérapie. Que ce soit pour répondre à l'ensemble des défis de la qualité des soins, pour satisfaire les attentes des parents, pour participer à la dynamique de l'amélioration de la santé de nos futures générations ou pour engager les instances de la santé et/ou de notre profession dans la réflexion nécessaire du soin en kinésithérapie pédiatrique, l'Association Française de Kinésithérapie Pédiatrique (AFKP) s'est donnée pour mission de se saisir de l'ensemble de ces sujets. ¹

A travers cet article, nous souhaitons engager ces réflexions et prendre part aux débats suscités par les « Assises de la pédiatrie » ², pour tenter de préciser ou de définir les contours de cette pratique spécifique, de fédérer et de valoriser l'ensemble des professionnels investis pleinement dans ces parcours professionnels si exigeants et enfin, promouvoir et développer cette pratique spécifique auprès des jeunes diplômés de notre profession pour en susciter de nouvelles vocations.

Cheminement des professions de santé et évolution sociétale vers une politique de santé publique interministérielle de la pédiatrie

Les évolutions sociétales de l'émancipation de la femme et les progrès de la science en termes d'hygiène et de vaccination, ont permis de structurer cette spécialité médicale et, avec elle, les professions de santé qui s'y rattachent. Alors que la profession de sages femmes se structure dès la fin du 18^{ème} siècle pour assurer de meilleures conditions de survie aux femmes et à leurs enfants à naître, l'enseignement de la pédiatrie est officialisé en faculté de médecine à la fin du 19^{ème} siècle.

Il est intéressant de noter que si le Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute est créé en 1946 au sortir de la seconde guerre mondiale, c'est à cette même date et sous l'impulsion d'une volonté politique de reprise de la natalité, que les infirmières organisent leur première spécialité en la qualité d'infirmière puéricultrice.

Les médecins pédiatres, à cette même période, développent en France la recherche dans les différents champs de la clinique somatique et psychique à chaque période de l'enfance et de l'adolescence. Ils adaptent les spécialités adultes aux particularités de l'enfant. La chirurgie affine ses pratiques, techniques et outils pour également définir ses branches en pédiatrie. La pédiatrie « sociale » fonde alors, les prémices des actions de santé publique.

¹ [Accueil - AFKP](#)

² [Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)

L'organisation des soins se structure par des lieux de soins dédiés (PMI, hôpitaux pédiatriques, Centre d'Action MédicoSociale, Institut spécialisés...), la protection de l'enfance voit le jour par la création des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), le suivi du développement de l'enfant et de sa vaccination sont consignés dans un carnet de santé et, enfin, la médecine scolaire s'assure, dans la continuité, de la bonne santé de tous les enfants en âge scolaire.³

De nos jours, malgré les progrès technologiques et scientifiques, les efforts menés par les dernières politiques de santé interministérielles, le soutien des professionnels exerçant en établissements de santé (Maternité, CHU pédiatrique, HAD pédiatrique, CAMSP, Instituts Spécialisés, SESSAD, SSR ...), l'organisation des soins en pédiatrie semble souffrir d'une crise croissante imposant de repenser la place de chacun dans les parcours de santé de l'enfant.

C'est à la lecture du dernier rapport de l'IGAS sur ce sujet⁴ que nous nous sommes questionnés sur la place de la kinésithérapie en pédiatrie. Où sont les kinésithérapeutes ? Que font-ils au sein des maternités, des hôpitaux pédiatriques, dans les établissements médicosociaux, des soins de suites et de réadaptation, ou en cabinet libéral... Quelles sont leurs activités ? Leurs difficultés ? leurs projets innovants ?

Comment définir et promouvoir cette spécificité d'exercice essentielle auprès des enfants sur le terrain et si peu soutenue par les instances en dehors d'un certificat reconnu et délivré par le conseil national de l'ordre des MK à la suite d'un parcours de formation ciblé ?⁵

Les champs d'activité clinique de la kinésithérapie pédiatrique

Ces champs d'activités sont identiques à ceux qui s'appliquent aux populations adultes, inscrits dans notre décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession dit « décret de compétences » et décrit dans notre référentiel en formation initiale⁶.

La différence essentielle réside dans la nécessité d'adapter chaque champ clinique à chaque période de développement allant de 0 à 18 ans pour réduire les conséquences potentielles de l'évènement de santé, du trouble et/ou de la pathologie sur le développement de ces personnes en devenir en tenant compte des particularités de ses déterminants de santé.

Pour dresser un tableau des particularités de l'enfant entrant en jeu dans la relation thérapeutique, nous pouvons décrire très succinctement ces dernières :

- **somatiques** : le corps de l'enfant va connaître de profonds changements. Ses systèmes, structures et sa physiologie vont mûrir et croître au fil du temps pour arriver à des constantes de fonctionnement proche de l'adulte en fin d'adolescence. Ainsi les kinésithérapeutes en pédiatrie prennent en compte ces immaturités dans la construction de leurs actions thérapeutiques ;
- **psychiques et cognitives** : la personnalité de l'enfant va se construire à partir de la maturation somatique mais également en fonction de ses aptitudes sociales et cognitives.

³ [Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps \(academie-medecine.fr\)](#)

⁴ [La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France - IGAS - Inspection générale des affaires sociales](#)

⁵ [avis_specificites-2021.pdf \(ordremk.fr\)](#)

⁶ [Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Son immaturité affective et cognitive peut majorer son anxiété face aux changements ou aux événements traumatiques vécus. Ainsi l'approche motivationnelle dans sa relation de soin avec le kinésithérapeute varie grandement de l'approche motivationnelle chez l'adulte. La communication, le langage et la compréhension vont s'affiner au fil des années. Les conseils et explications des thérapeutes s'adaptent à ces contraintes. La gestion et l'expression de sa douleur, de ses émotions sont également très variable en fonction de son âge. Le jeu reste un excellent moyen d'engager le jeune enfant dans une relation de soins et de confiance. Les outils de communication peuvent être très visuels, ou gestuels. Le consentement de l'enfant aux soins n'est donc pas toujours acquis et éclairé, mais souvent à rechercher et motiver à chaque séance. Les adolescents quant à eux sont enclin à des problématiques d'indépendance, de confiance ou de toute puissance, les contraintes liées à des soins sont souvent rejetées à cette période de la vie. Les thérapeutes doivent maintenir l'adolescent dans son parcours de soin et cela nécessite également des savoirs être spécifiques ;

- **environnementales** : les parents, tuteurs légaux de l'enfant, la famille font partie intégrante du soin. Cette relation tripartite entre thérapeute, enfant et parents, est plus complexe que la relation duelle commune existante entre un thérapeute et son patient adulte. Les intérêts des 3 partis doivent converger et cela nécessite souvent une pédagogie aiguisée du thérapeute ;
- **sociales** : l'enfant connaît un environnement social obligatoire à partir de l'âge de 3 ans (âge légal d'entrée à l'école maternelle). Les journées et activités sont rythmées par les temps scolaires à minima. Il peut également pratiquer des activités sportives ou de loisirs. Les soins doivent également s'adapter à cette activité sociale nécessaire à son bon développement. Les thérapeutes peuvent également intervenir ou être sollicités par les adultes qui entourent l'enfant dans ces lieux d'activité. La notion d'éducation thérapeutique prend tout sens en pédiatrie ;
- **des parcours de soin** : la coordination des soins entre les différents thérapeutes autour de l'enfant est essentielle. Elle permet d'adapter les thérapeutiques dans le parcours et d'accompagner l'enfant vers les évolutions inhérentes à sa propre croissance, maturité. Les prises en soins des enfants sont souvent pluridisciplinaires, elles mobilisent parfois plusieurs équipes et engagent les thérapeutes à une communication interprofessionnelle régulière et structurée.

Continuum santé de l'enfant

Les kinésithérapeutes, acteurs de santé publique, peuvent intervenir sur l'ensemble du continuum santé de l'enfant en participant à des actions de promotion de la santé, en développant des activités de prévention générale ou ciblée, en mettant en œuvre des actions-éducations thérapeutiques et/ ou d'accompagnement.

Les kinésithérapeutes exerçants en pédiatrie s'investissent dans ces nouvelles activités en particulier sur les activités de prévention primaire et ciblée. La réduction de la perte de chance par le repérage et le dépistage des anomalies fonctionnelles de développement, est au cœur de l'activité du kinésithérapeute en pédiatrie. Mais la perte de chance peut également s'exercer lorsque le professionnel n'est pas formé à la pratique spécifique en pédiatrie.

Les difficultés observées par les thérapeutes restent l'inadéquation de la nomenclature des actes répertoriés par rapport aux activités de terrain afin de répondre à l'ensemble des besoins et aux différentes évolutions de la CIM 11 pour répertorier au mieux l'ensemble des troubles, anomalies et pathologies.

Les zonages de l'activité libérale fixent également les activités professionnelles des zones surdotées. Si l'activité pédiatrique n'est pas déjà développée au sein des zones, il semble impossible de la développer sauf à ce qu'un professionnel se décide de réorienter sa pratique vers cette spécificité.

Organisation des soins en kinésithérapie

Les kinésithérapeutes officient dans l'ensemble des établissements de soins sanitaires, médicosociaux ou en ville.

Les soins de l'enfant sont historiquement concentrés dans les établissements de soins sanitaires et médicosociaux. Ces établissements ont la charge d'assurer le suivi vers les soins de ville lorsque la situation le nécessite. Les kinésithérapeutes exerçants dans ces structures ont développé des compétences spécifiques en lien avec les activités de leur service ou de leur établissement médicosocial.

Communément les professionnels en ville assurent les soins de premières lignes ou les soins de suites. Les prises en soins plus complexes nécessitent une étroite collaboration en soutien d'équipe sanitaire et/ou Medico sociale.

Une des particularités de l'enfant, c'est sa fréquente intolérance à vivre des séjours hospitaliers prolongés. A l'instar des populations fragiles gériatriques, les enfants peuvent développer des troubles du comportement ou des troubles anxio-dépressifs importants lorsqu'ils sont coupés de leur proches et/ou extrais de leur environnement familial et social.

Malgré les efforts faits ces dernières années pour adapter les locaux, les appareillages en établissements, et la communication dans les thérapeutiques, il reste difficile de maintenir les enfants sur des moyens et longs séjours. Les cures ambulatoires proposées par les équipes pluridisciplinaires des CAMSP ou SESSAD, restent un bon compromis à ce jour pour maintenir l'enfant dans son environnement familial tout en lui donnant accès à des soins prodigués par des équipes formées à l'ensemble des difficultés ou pathologies.

C'est ce modèle qui aujourd'hui, se développe en activité libérale. Les professionnels de santé se regroupent en pluridisciplinarité pour former des centres de santé pédiatriques en ville. Des conventions sont régulièrement passées avec les professionnels libéraux, les secteurs coopèrent pour pallier au manque d'attractivité salariale des secteurs sanitaire et médicosocial.

Les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et Soins de Suites et Réadaptation (SSR) pédiatriques peinent à se développer. Bien qu'ils représentent une offre intéressante, sous le coup de réformes organisationnelles et tarifaires constantes, ils restent peu nombreux sur le territoire national.

Face à cette nécessité de partages interprofessionnels autour de l'enfant, les kinésithérapeutes dans les territoires se regroupent autour de la pédiatrie. En kinésithérapie, nous avons répertorié 23 associations locales.⁷ Celles-ci ont des antériorités et des activités hétérogènes mais elles conservent toutes la même intention de partage et d'échanges autour des pratiques cliniques, des recommandations de bonnes pratiques, des évolutions des organisations de parcours et pratiques innovantes. On peut observer une réelle dynamique pour ces créations associatives depuis ces 5 dernières années et une appétence encourageante des jeunes diplômés à s'engager dans cette pratique.

Avec l'appui des travaux de la Haute Autorité de la Santé (HAS)⁸, sur les parcours diagnostiques des enfants à risques de troubles de neurodéveloppement (TND) et troubles du spectre de l'autisme (TSA), sur la prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP), sur l'élaboration de guide des maladies chroniques de l'enfant, sur les prises en charge des parcours des enfants porteurs d'épilepsie etc...c'est une source d'informations précieuses pour suivre l'actualité des avancées scientifiques en pratique clinique mais également sur les nouvelles organisations.

Les plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)⁹ en charge de l'évaluation des enfants TND peuvent être des partenaires sur l'évaluation du jeune enfant. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁰ peuvent également être le support de développement de projets en prévention, les URPS Kiné peuvent également s'engager dans les liens ville-hôpital et le développement de projets spécifiques pédiatriques.

Formations initiales, continues et réalité de terrain

Une des difficultés rencontrées par les étudiants est d'appréhender les pathologies pédiatriques sans avoir abordé préalablement le développement de l'enfant sain et ses particularités vis-à-vis de l'adulte en relation thérapeutique. Une autre difficulté est le manque de places en stages de pédiatrie, ce qui limite l'observation et la pratique.

Dans ces conditions se sentent-ils aptes à prendre en charges des enfants dès la sortie des instituts de formation ? Ne favorise-t-on pas la perte de chance pour les enfants ? Ne met-on pas en difficultés les jeunes collègues au sein des équipes pluriprofessionnelles ?

Ce qui est certain, c'est que parallèlement à l'élargissement du champ d'intervention des kinésithérapeutes, la question de la formation initiale, depuis ses dernières réformes, pose question concernant la pédiatrie et l'harmonisation de son enseignement sur l'ensemble du territoire. Nous pourrions sur ce seul sujet y consacrer un nouvel article.

Quant à la formation continue, en fonction des modalités et des lieux d'activité, l'investissement pour acquérir des compétences en pédiatrie est conséquent. Les professionnels cumulent un volume d'heures de formation très important régulièrement mis à jour tant les avancées dans ce domaine sont dynamiques. Il faut être vigilant dans le cadre des certifications d'établissements et des certifications professionnelles à ce que les professionnels formés et investis dans cette activité soient maintenus dans celle-ci.

⁷Associations Locales - AFKP

⁸ Haute Autorité de Santé - Résultat de recherche ([has-sante.fr](https://has.sante.fr))

⁹ Engagement 2 | handicap.gouv.fr

¹⁰ Les communautés professionnelles territoriales de santé | National (sante.fr)

La valorisation de l'investissement personnel et collectif en formation continue permettrait également de maintenir l'attractivité des professionnels les plus expérimentés pour le soutien des professionnels juniors.

L'ensemble de ces sujets complexes, ainsi que les dernières contraintes d'installation des professionnels liées à l'avenant 7, auront-ils un impact à moyen terme sur le développement de cette branche et le maintien de la qualité des soins en kinésithérapie pédiatrique ? C'est une des préoccupations majeures de l'AFKP.

Lancement d'une enquête autour des axes de travail des assises de la pédiatrie

Face à l'ensemble de ces questions, nous avons souhaité interroger les confrères et consœurs. Les résultats de l'enquête nous informent sur les pratiques actuelles et nous engagent à poursuivre ce travail collectif pour une promotion de nos pratiques spécifiques en pédiatrie dans l'intérêt de la qualité des soins prodigués aux enfants quels que soient nos lieux et modes d'activité.

Nous vous invitons à consulter cette synthèse accessible sur notre site pour y découvrir les avis et pratiques des 311 kinésithérapeutes qui ont souhaité y répondre.

Conclusion

La kinésithérapie exercée en pédiatrie hier n'est pas celle d'aujourd'hui, et sera différente de celle de demain. De notre capacité d'évolution et d'adaptation professionnelle dépendra le maintien, la reconnaissance et l'amélioration de cette pratique clinique.

Les lieux d'exercice pluriels des kinésithérapeutes permettent d'accompagner des enfants de manière précoce et continue sur toutes les périodes de l'enfance et l'adolescence. Qu'il existe un diagnostic étiologique ou pas, que l'évènements de santé soit aigu, transitoire ou chronique, les évaluations fonctionnelles réalisées par les kinésithérapeutes permettent d'agir tôt au bénéfice de l'enfant.

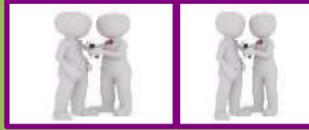
A l'instar des infirmières ou des médecins, dans les années 1950, n'est-il pas le moment pour notre profession de structurer et reconnaître cette « spécialité » d'exercice pour asseoir ses pratiques dans la recherche clinique ?

Bertrand Doret, MKDE libéral, Président de l'AFKP,
Marie Gaubert Noirot, MKDE libéral, Présidente de l'AKPMIP-Occitanie,
Pascal Favand, MKDE salarié FPH, Président de l'association PICAPED,
Katia Gimenez, MKDE salariée FPH, Secrétaire de l'AFKP
Agnès Clement, MKDE salariée FPH, Trésorière de l'AFKP et de l'AKPBFC
Didier Evenou, MKDE retraité FPH, Président du Réseau Bronchiolite IDF

Consulter la synthèse de l'étude

sur le site de l'Association Française de Kinésithérapie Pédiatrique ~> <https://afkp.fr/index.php/about>

RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Ayed BENFRADJ,
CSS MK
CH Necker AP-HP
Jérôme PRADON
CDS MK
CH Necker AP-HP

EVOLUTION de la KINÉSITHÉRAPIE en PÉDIATRIE : regards croisés sur l'évolution à l'hôpital Necker- Enfants Malades.

En préambule, rappelons que l'objectif de cet article est de témoigner de l'évolution des pratiques professionnelles en kinésithérapie, que nous avons perçue et à laquelle nous avons participé, au sein de notre établissement. Cette évolution a porté sur des aspects plus spécifiques à la pratique de la kinésithérapie en pédiatrie, mais elle s'inscrit dans un contexte plus général de l'évolution des pratiques hospitalières. Il s'agit donc bien d'un témoignage, avec ce que celui-ci comporte de subjectivité et de spécificités.

Le Groupe Hospitalier Necker-Enfants malades, situé dans le XV^{ème} arrondissement de Paris, est composé d'environ 400 lits de pédiatrie et de 200 lits d'adultes. L'équipe de rééducation, constituée de 3 métiers de la rééducation (ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien) représente une quarantaine de rééducateurs, sous la direction d'un cadre de santé MK et de 3 médecins de rééducation (1 MPR et 2 neuropédiatres).

Elle est issue historiquement de deux équipes (kinésithérapie respiratoire, initialement dirigée par Joël Barthe, et kinésithérapie motrice). A ce jour il n'existe qu'une seule équipe, organisée en plusieurs secteurs et répondant à l'ensemble des besoins des patients de l'hôpital, avec des professionnels référents dans tous les services.

Actuellement dirigée par Jérôme Pradon, pour la responsabilité paramédicale et le Dr Marie Huly, pour la responsabilité médicale elle assure, comme toute équipe de rééducation hospitalière, une continuité de soins de rééducation et une continuité de kinésithérapie (en particulier respiratoire) les week-end et jours fériés.

Un système d'astreintes nocturnes de kinésithérapie respiratoire existe, permettant l'intervention d'un kinésithérapeute entre 19h et 7h, tous les jours de l'année, depuis les années 80.

Ce système permet de répondre aux demandes de kinésithérapie respiratoire en urgence, prescrites par les cliniciens séniors des services.

Les demandes proviennent essentiellement des services de réanimation pédiatrique (chirurgicale et polyvalente) et des services de pédiatrie générale et de pneumologie pédiatrique.

Les évolutions constatées durant les vingt dernières années ... dans les prises en charge en kinésithérapie, et plus largement en rééducation.

Evolution des prises en charge respiratoires : un net recul des prescriptions de désencombrement et des orientations plus variées et plus ciblées.

- Pour les bébés atteints de bronchiolite,
 - nous avons enregistré un net recul des prescriptions à Necker (ce qui n'a pas été forcément le cas partout ailleurs). Les demandes des cliniciens se sont plutôt orientées vers des évaluations de l'état ventilatoire des enfants ou vers le traitement des complications ventilatoires (atélectasies). Ce recul est lié en grande partie aux résultats de l'étude Bronkinou, aux recommandations de la revue médicale Prescrire, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques de la dernière conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé, sur la prise en charge des patients atteints de bronchiolite.
 - et pour ceux hospitalisés en réanimation, les demandes des cliniciens se sont plus orientées vers des interventions en pré extubation pour favoriser la réussite de celles-ci. Mais également des demandes d'interventions pour limiter les risques liés à la ventilation mécanique prolongée.
- Pour des enfants poly handicapés, atteints de maladies neuromusculaires, et de certaines maladies rares à conséquences ventilatoires (syndromes de Pierre Robin, pathologies ORL, ...) les prescriptions de kinésithérapie respiratoire se sont, en revanche maintenues.

- Pour les enfants atteints de mucoviscidose, l'évolution clinique spectaculaire du traitement de ces patients (grâce au KAFTRIO, trithérapie qui rend active la protéine CFTR) a entraîné une nette diminution des hospitalisations des patients présentant des exacerbations (épisodes de décompensation aigue). Moins d'hospitalisations, donc moins de kinésithérapie respiratoire en urgence, voire de routine en suite d'hospitalisation.

On avait assisté, auparavant, à une évolution remarquable et significative des techniques de kinésithérapie respiratoire dans le traitement de cette pathologie, passant de l'augmentation du flux expiratoire (développée à Necker par J. Barthe) au drainage autogène, technique plébiscitée par les patients et les familles (développée par J. Chevallier et H. Gaucher).

Dans le même temps, le recours aux astreintes nocturnes de kinésithérapie respiratoire a fortement diminué. Ces demandes concernaient principalement des patients atteints de mucoviscidose, en réanimation, et le plus souvent en attente de greffe.

- De nouvelles prises en charge se sont au contraire développées et le recours aux kinésithérapeutes s'est intensifié dans le domaine de la chirurgie maxillo-faciale, par exemple. On a assisté au développement des consultations post chirurgie orthognatique, des consultations pour paralysie faciale ou pour apnées du sommeil.

Evolution des prises en charge « motrices » : une augmentation des demandes d'évaluation.

La diminution du recours à la kinésithérapie respiratoire s'est faite parallèlement à une augmentation des demandes des cliniciens, pour des évaluations neuromotrices et des prises en charge précoces dans le cadre des « retards » de développement.

Les prescriptions se sont également orientées vers des demandes d'installations adaptées dans plusieurs services (réanimation, neurologie et maladies métaboliques), ou pour développer la prévention et les conseils aux parents (plagiocéphalie, mort inattendue du nourrisson, mouchage, motricité libre, ...).

Comme dans d'autres hôpitaux, nous avons également assisté à une évolution des prescriptions, beaucoup plus orientées sur des demandes d'évaluation et d'orientation des patients vers les professionnels extra-hospitaliers, ce qui a entraîné une modification significative à l'égard de la kinésithérapie hospitalière.

L'hôpital, et c'est certainement le cas ailleurs, est devenu un lieu d'expertise. On demande aux professionnels de développer des outils d'évaluation, de démarrer les prises en charge et d'orienter ensuite les patients vers les confrères de ville. D'où l'importance du lien entre les professionnels de la ville et ceux de l'hôpital (transmissions des évaluations, compte-rendus de consultations ou d'hospitalisations, identification des acteurs de part et d'autre, intensification des échanges, ...).

C'est sur la base de ce constat et de la nécessité d'accompagner les enfants atteints de maladies rares, que nous avons mis en place une consultation de suivi et d'orientation post-hospitalisation.

Cette consultation garantit aux patients et à leurs familles, quelques séances de rééducation et une orientation vers un confrère de ville, identifié et impliqué dans cette prise en charge (cabinet libéral, CAMSP, ...), avec lequel nous pouvons développer des liens réciproques.

Ce n'est pas nouveau, mais ce type de prise en charge avait progressivement disparu des secteurs hospitaliers ...

Evolution des évaluations au travers d'outils standardisés :

Parallèlement nous avons eu recours à plusieurs outils validés, pour nos évaluations, permettant ainsi de gagner en mesure, et en objectivation, des troubles (échelles Nord-américaines, en particulier).

Ce qui nous a permis de développer la formation de l'équipe des rééducateurs et de favoriser les échanges entre les différents rééducateurs et les équipes soignantes.

Citons, entre autres, le recours aux échelles d'évaluation neuro-développementales ou encore l'utilisation de vidéos pour favoriser l'évaluation des bébés en néonatalogie et en consultation externe (General movements).

La place et l'implication des rééducateurs dans les programmes d'éducation thérapeutiques des patients (ETP) et des familles :

A la suite de la promulgation de la loi Hôpital-Patients-Santé et Territoires (HPST) en juillet 2009, et de son article 84, rappelant que l'éducation thérapeutique des patients fait partie du soin ; trente-six programmes d'ETP ont été autorisés en janvier 2010, par l'ARS d'Ile de France, au sein de notre établissement.

De nombreux rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciennes) de l'équipe se sont impliqués dans ces programmes multi professionnels (mucoviscidose, rhumatologie, dermatologie, polyhandicap, ...).

Cette dynamique s'est poursuivie avec l'entrée d'autres rééducateurs dans les programmes, autorisés les années suivantes ; souvent en lien d'ailleurs, avec les exigences des missions des centres de ressources et de compétences dans les maladies rares (près d'une cinquantaine de CRMR à Necker-Enfants malades).

Et la recherche paramédicale ?

L'élargissement des PHRI (protocoles hospitaliers en recherche infirmière) aux autres catégories de professionnels paramédicaux, a ouvert une voie officielle à la recherche paramédicale des rééducateurs.

Force est de constater que cette opportunité ne s'est que peu traduite à Necker, par des protocoles validés (et donc financés).

Nous avons réussi à réaliser des protocoles en chirurgie orthopédique et en néonatalogie, qui n'ont malheureusement pas dépassés le stade de l'acceptation de la Lettre d'Intention, par les Commissions recherche de la DGOS.

Cependant, et c'est la voie que nous avons décidé de suivre, nous avons progressé dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles (préalable à toute recherche). Cette évolution nous a permis de mettre en place plusieurs études, financées localement par des enveloppes d'intéressement recherche ; enveloppes déléguées aux départements médico-universitaires (DMU).

En revanche, il nous semble important de souligner la participation régulière aux protocoles de recherches médicaux dans lesquels de nombreuses évaluations motrices, développementales, fonctionnelles sont réalisées par les rééducateurs (MK, ergothérapeutes et psychomotriciennes).

Le développement de la recherche paramédicale reste un sujet complexe et difficile au quotidien. Même si les nouveaux diplômés en kinésithérapie arrivent avec une meilleure connaissance de la méthodologie de la recherche nous constatons cependant que ce n'est pas toujours un attrait pour la majorité.

Motivations des professionnels à exercer en pédiatrie, quelle évolution ?

Des années durant, et c'est toujours le cas pour les nouveaux arrivants, nous avons proposé aux jeunes kinésithérapeutes un exercice mixte entre le secteur de la pédiatrie et celui des adultes.

Bien souvent ce mode d'exercice a été refusé ou difficilement accepté. Les professionnels qui rejoignaient Necker-Enfants malades, le faisaient avec la réelle ambition de développer leurs compétences en pédiatrie.

Les projets professionnels étaient assez variés. Certains kinésithérapeutes souhaitant acquérir une expérience hospitalière avant de se lancer dans une pratique libérale, d'autres avaient le désir de poursuivre une carrière en milieu hospitalier.

Dans tous les cas, les professionnels souhaitaient acquérir et maîtriser la pratique de la kinésithérapie respiratoire en pédiatrie. Avec l'ambition, par la suite de développer leurs compétences en orthopédie et/ou neurologie pédiatrique.

Aujourd'hui la kinésithérapie respiratoire n'est plus ce qui attire en premier (bien qu'il soit indispensable de développer et de maintenir cette compétence dans l'équipe et pour tous les professionnels). Les professionnels ont souvent des attraits pour le domaine du développement neuromoteur, voire d'autres champs ...

L'exercice de la kinésithérapie hospitalière a connu un net recul au cours des deux, voire des trois dernières décennies. Ce constat, partagé par toutes les structures hospitalières, a conduit les tutelles à déclarer le métier de kinésithérapeute comme un métier « sensible » et à engager, au bout de quelques temps, un certain nombre de mesures incitatives (prime d'engagement, contrats d'allocation d'études, prime de tutorat, ...).

Le GH Necker-enfants malades n'a pas été épargné par cette situation, même si les difficultés de recrutement et la situation de sous-effectif n'ont jamais été aussi dramatiques que dans d'autres établissements. L'effet conjugué de la pédiatrie, de la situation géographique et de la notoriété de l'établissement ont probablement joué un rôle significatif.

A ce jour, la situation des effectifs de masseur-kinésithérapeutes semble s'améliorer, dans la plupart des établissements hospitaliers. C'est en effet le cas à Necker...

Quelle place pour la formation continue ?

Les kinésithérapeutes qui ont rejoint l'équipe ont toujours été demandeurs de formations ; en particulier dans le champ de la kinésithérapie respiratoire pédiatrique. Nous avons eu l'occasion de financer de nombreux diplômes universitaires (DU) en kinésithérapie respiratoire et de réanimation.

Viennent ensuite les demandes de formation en développement de l'enfant et en neuro-pédiatrie (guidage des NEM, rééducation des troubles de l'oralité, ...). Puis les congrès en orthopédie pédiatrique et en réanimation, où se rendaient chaque année plusieurs professionnels de ces secteurs.

Le réinvestissement de ces formations a permis de développer les compétences collectives de l'équipe, de favoriser la fidélisation des professionnels et d'améliorer la qualité des soins de kinésithérapie, et de rééducation.

Afin de poursuivre cette dynamique de formation de l'équipe et de tenir compte des contraintes budgétaires, nous avons organisé des formations collectives sur le site (par groupe d'une quinzaine de rééducateurs) avec l'aide du service de la Formation Continue, en offrant la possibilité à des rééducateurs d'autres sites, d'y participer. Cette expérience a été très bénéfique, tant pour le développement des compétences de l'ensemble de l'équipe que pour renforcer la cohésion et la solidarité.

Signalons le rôle du Réseau Mère Enfant de la Francophonie (RMEF), dont le congrès a eu lieu à Necker-Enfants malades cette année, dans la dynamique de formation du site, tous métiers confondus...

Les relations avec les autres professionnels, les parents ...

Les rééducateurs sont très impliqués dans les différents services de l'hôpital. L'organisation mise en place depuis les années 2000, par Marie-Christine Commard médecin MPR et Marie-Carle Riou, CDS MK en 4 secteurs d'activités (réanimations, chirurgies, médecine et adultes) a facilité l'intégration des kinésithérapeutes et autres rééducateurs dans les équipes soignantes. Nous avons maintenu cette organisation, en y apportant quelques améliorations, mais elle nous permet à ce jour, de fidéliser les professionnels en favorisant leur reconnaissance comme référents compétents dans « leurs » différents services.

L'implication dans la vie quotidienne des services cliniques (participation aux staffs, échanges professionnels, traçabilité dans les dossiers informatisés, ...) en favorisant un sentiment d'appartenance, et le développement de compétences spécifiques, ont renforcé la stabilité de l'équipe.

Encore faut-il que tous les postes budgétés soient pourvus et qu'une nécessaire polyvalence des kinésithérapeutes soit maintenue au sein de l'équipe, pour assurer la continuité de service (indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital) ...

Les relations, au sein du milieu hospitalier, entre professionnels et patients/familles se sont progressivement modifiées, sous l'influence de la Loi du 4 mars 2002, et ont permis l'expression et la prise en compte des demandes des malades. Les kinésithérapeutes et plus largement les rééducateurs, ont su s'adapter. Nous pensons que la participation, tant des professionnels, que des familles dans les programmes d'éducation thérapeutique, a joué un rôle important dans la qualité des relations, en favorisant une meilleure connaissance des attentes mutuelles et une prise en compte des besoins exprimés.

Pour conclure ...

Les masseur-kinésithérapeutes hospitaliers, et plus largement les rééducateurs, jouent un rôle important dans le fonctionnement des équipes pluri-professionnelles. Ils participent à la qualité des soins prodigués aux patients et à l'accompagnement des familles. Ils ont su s'adapter au cours des dernières décennies, en réorientant leurs activités vers les besoins exprimés des patients et les demandes des prescripteurs, tout en poursuivant le développement d'une expertise hospitalière.

Parions que les domaines de l'éducation thérapeutique, de la recherche paramédicale (pour ne citer que ceux-là) seront autant de voies d'avenir pour le développement de nouvelles compétences à venir ...

ReEx



Portraits, Parcours & Paroles

Léa GUERET

MK

spécificité d'exercice en pédiatrie

GRANDE PREMATURITE & KINESITHERAPIE PEDIATRIQUE

La grande prématurité, correspondant à une naissance intervenant avant 32 semaines d'aménorrhées (SA), est considérée comme l'un des facteurs de risque conduisant à l'apparition de troubles du neuro-développement dont les troubles moteurs, cognitifs ou encore les troubles du spectre autistique (ex : paralysie cérébrale, autisme...) [1].

Dès leur naissance et au sein des services de néonatalogie, les enfants bénéficient d'interventions précoces à titre de « soins du développement ». A leur sortie, la notion d'intervention précoce, bien que recommandée, est souvent retardée par la pose d'un diagnostic, encore trop tardif (**autour des 2 à 5 ans de l'enfant // exemple du projet en cours ENSEMBLE de la fondation paralysie cérébrale dont le but est de diagnostiquer les paralysies cérébrales avant l'âge de 6 mois afin de proposer des projets de soins précoces adaptés aux enfants et à leurs familles**).

La première année de vie est très importante dans le développement global car elle bénéficie d'une plasticité cérébrale maximale permettant de développer de nombreuses habiletés motrices nécessaires à la mise en place d'habiletés ultérieures dans les domaines moteurs, cognitifs, psychologiques.

Il apparaît important de pouvoir orienter les familles dès la sortie de la néonatalogie dans des centres/structures d'accueil ou encore des cabinets libéraux avec une spécificité d'exercice dans la prise en soin des enfants à risques de troubles du neuro-développement.

Si l'on prend l'exemple des CAMSP (Centre d'Accueil Médico-Social Précoce), accueillant les enfants de 0 à 6 ans, les délais d'attente sont souvent longs avant d'obtenir les premiers soins, l'intervention précoce indispensable à ces enfants.

Ainsi, dans le dernier rapport national des CAMSP [2.], la médiane de jour d'attente pour obtenir un premier rendez-vous est de l'ordre de 64 en 2017 et de 60 en 2018 et d'environ 45 jours supplémentaires pour la première intervention, soit un total de 105 jours avant les premiers soins (29% de la première année de vie). Ces chiffres sont donnés en considérant des familles orientées dès la sortie de la néonatalogie, on peut dès lors vite dépasser la première année en imaginant une orientation tardive.

Pour limiter cette attente, proposer aux familles des interventions précoces qu'elles pourraient mettre en place sous la supervision de professionnels de santé apparaît être une solution intéressante ; elle permettrait d'une part de désengorger les centres d'accueil aux places limitées et d'autre part d'optimiser le développement moteur de leurs enfants en profitant pleinement de la fenêtre thérapeutique offerte par la première année de vie [3.].

Morgan et al ainsi que Novak et al [4.] définissent quatre grands principes à l'intervention précoce qui sont de promouvoir des mouvements actifs auto-générés et réalisable par des enfants limités dans leur mobilité, être de haute intensité et cibler des fonctions spécifiques.

Sur la fonction locomotrice par exemple, de nombreuses études proposent des protocoles autour des 4/6 mois de l'enfant mais rare sont celles commençant dès la sortie de la néonatalogie. Dans ce registre, on retrouve l'étude de Dumuids-Vernet et al qui propose un protocole d'entraînement précoce à la marche quadrupède dès la sortie de la néonatalogie [5.]. Les grands prématurés, inclus dans leur étude, bénéficient d'une stimulation motrice quotidienne de 5 minutes par jour, réalisée par des professionnels de santé à domicile, jusqu'à leurs deux mois d'âge corrigé (AC ie âge déterminé à partir de la date à laquelle ils auraient dû naître).

La stimulation motrice consiste à positionner l'enfant sur le ventre sur une mini planche à roulettes afin qu'il puisse se propulser en marche quadrupède vers l'avant à l'aide de ses membres supérieurs et inférieurs.

Les enfants sont suivis de manière longitudinale jusqu'à leurs 24 mois d'AC par le biais d'échelle neurodéveloppementales validées dans la littérature.

Cette étude montre qu'un tel entraînement stimule l'émergence de la marche quadrupède mature (marche plus précoce et de meilleure qualité) et favorise le développement moteur et général des enfants du groupe entraîné versus ceux du groupe contrôle.

Les résultats de cette intervention très précoce sont encourageants pour le devenir de ses enfants à risque de troubles du neuro-développement et montre la bonne faisabilité de tel protocole.

Dans un contexte de transposition clinique, on pourrait imaginer impliquer les parents dans ce type de protocole avec un suivi par des professionnels afin de débiter dès la sortie de la néonatalogie les stimulations motrices indispensables à la construction neurodéveloppementales de ces enfants.

1. Haute Autorité de Santé. Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque. Saint-Denis La Plaine ; 2020.
2. Direction des établissements et service médico sociaux de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie). Centres d'action médico social précoce (CAMSP) - Synthèse nationale des rapports d'activité 2017 et 2018 [Internet]. 2020 août. www.cnsa.fr/documentation/ra_camsp_2017-2018-vf.pdf
3. Morgan C, Fetters L, Adde L, Badawi N, Bancalé A, Boyd RN, et al. Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. *JAMA Pediatr*. 1 août 2021;175(8):846.
4. Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. févr 2020 [cité 15 juin 2023];20(2). link.springer.com/10.1007/s11910-020-1022-z
5. Dumuids-Vernet MV, Forma V, Provasi J, Anderson DI, Hinnekens E, Soyez E, et al. Stimulating the motor development of very premature infants: effects of early crawling training on a mini-skateboard. *Front Pediatr* [Internet]. 6 juin 2023 [cité 19 juin 2023] ; 11. www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2023.1198016/full

Léa GUERET, MK (2017)
spécificité d'exercice en pédiatrie
expérience professionnelle en CAMSP
Master 2 d'ingénierie de la rééducation
du handicap et de la performance motrice
parcours doctoral (2023 - ...) en Neurosciences sur
un projet d'intervention précoce chez les grands prématurés

REtEx



Portraits, Parcours & Paroles

Véronique QUENTIN
MPR
CH St Maurice

REFLEXIONS SUR L'EVOLUTION DE LA READAPTATION PEDIATRIQUE

La réadaptation pédiatrique s'est adaptée aux changements sociétaux, à l'évolution des profils de pathologies avec en particulier l'augmentation des maladies chroniques et des situations de handicap. Un grand nombre d'enfants avec des handicap complexes et sévères atteignent l'âge adulte. L'enfant et ses parents sont devenus les partenaires et co-porteurs incontournables des évaluations et des programmes de réadaptation.

Les professionnels de santé disposent de plus d'outils d'évaluations aux qualités métriques reconnues permettant de définir les objectifs d'un plus grand nombre de programmes de réadaptation validés.

Les indications et la pertinence des programmes sont fonction des déficiences, des limitations d'activité et de de participation intégrant les facteurs environnementaux et personnels selon le modèle de la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé).

Les appareillages et aides techniques sont plus performants, confortables et sécurés. L'arrivée massive d'outils et logiciels informatiques ont démultiplié les possibilités de compensation des incapacités, d'augmentation de la participation. La nécessité de prise en charge précoce multidisciplinaire s'est imposée.

Population pédiatrique

Les profils de pathologies ont évolué avec une augmentation importante des maladies chroniques (en particulier diabète, obésité, troubles du neuro développement dont autisme et troubles des apprentissages) et des situations de handicap du fait de l'amélioration des prises en charge.

Dans les pays à contexte socio-économique favorable, l'amélioration du suivi pendant la grossesse, les progrès en néonatalogie puis tout au long de l'enfance ont permis une diminution de la mortalité et morbidité infantile. L'identification croissante de maladies rares, génétiques, le conseil génétique prénatal ont entraîné la disparition de certaines pathologies.

Un nombre important d'enfants en situation de handicap sévère atteignent maintenant l'âge adulte.

Sur une longue période, l'état de santé des enfants s'est considérablement amélioré en France et dans les pays de l'OCDE. Ainsi, certaines infections autrefois courantes, telles que la poliomyélite, certaines méningites ou la rougeole sources de handicap ont quasiment ou totalement disparu grâce à la vaccination.

L'Académie américaine de pédiatrie a récemment classé parmi les progrès majeurs en pédiatrie la prévention des maladies infectieuses avec la vaccination, la guérison de cancers de l'enfant, les progrès considérables dans la prise en charge des enfants prématurés, ou encore l'augmentation de l'espérance de vie des enfants souffrant de maladies chroniques

Sur une période plus récente, l'évolution de l'état de santé des enfants et des adolescents est plus contrastée et inquiétante.

Une augmentation de la mortalité infantile en France est observée depuis 2012, une analyse approfondie des causes est absolument nécessaire et est attendue (rapport HCSP 2022).

Certains indicateurs ont stagné ou se sont dégradés dans les années récentes et l'état de santé des enfants et des adolescents français est moyen, en comparaison internationale. D'après l'UNICEF, la France est classée 17ème sur 40 concernant la santé et le bien-être des enfants. Comme dans l'ensemble de la population, la santé des enfants et des adolescents est marquée par une hausse des maladies chroniques.

Ainsi, le nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant une affection de longue durée a progressé de 23 % depuis 2012, alors que la population de cette tranche d'âge a diminué de 1 % sur cette période. En 2018, 370 000 enfants avaient une affection de longue durée, soit 3,2 % des moins de 15 ans.

Contexte sociétal

La place des parents et de l'enfant est régulièrement réaffirmée comme décideur et co-porteur du projet de soins et de réadaptation.

En parallèle avec l'évolution de la société, les parents d'enfant en situation de handicap avec internet accèdent à des connaissances variées importantes modifiant les rapports avec les professionnels et équipes de soins. Le rôle des patients pairs ou experts est également une nouvelle donne tant dans les projets d'organisation de la santé que de soins et de la recherche.

La scolarisation inclusive, la participation à des activités sportives, culturelles et sociales sont un droit pour les enfants porteurs de maladie chronique, en situation de handicap. Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître.

Ces fortes inégalités sociales se retrouvent en termes de pratique sportive ou d'exposition aux écrans : en 2015, 8 % des enfants de cadres contre 16 % des enfants d'ouvriers passent au moins deux heures par jour devant un écran en semaine. Ces inégalités auront des conséquences sur la santé tout au long de la vie d'adulte, notamment en raison du développement de facteurs de risques.

Organisation des soins

L'importance d'une prise en charge précoce, multidisciplinaire et d'un suivi spécifique tout au long de l'enfance de l'enfant et sa famille a été démontré dans de nombreuses pathologies optimisant le développement psychomoteur, et diminuant le risque de sur handicap.

La récente instruction du 31 juillet 2023 précisant les actions et moyens de la politique des « 1000 premiers jours » va dans ce sens. La notion de parcours de soins fluide, sans rupture entre ville, sanitaire, psychiatrie, SMR et médicosocial s'impose avec la nécessité de « zéro sans solution ».

En ville les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) ont dans leurs missions le champ du handicap. La CNAM a engagé des travaux sur le parcours de rééducation et réadaptation des enfants avec polyhandicap ou paralysie cérébrale (article 81 pour la LFSS 2023).

Les outils SI en bureautique permettent l'orientation (Via trajectoire module sanitaire, PH et PCO) et la coordination des parcours (outil e parcours), les prises de rendez-vous (Doctolib), les échanges via la messagerie sécurisée entre la famille et les professionnels de santé, le stockage des données +/- partagées selon les autorisations d'accès (DMP). L'interopérabilité des outils doit permettre à terme un partage des données choisies par la famille, sécurisés et partagés entre les professionnels selon les besoins de la prise en charge.

Dans le champ sanitaire, l'évolution s'est faite vers un raccourcissement des séjours en hospitalisation complète et un développement majeur des prises en charge en hôpital de jour tant en MCO qu'en SMR pour s'assurer du bien-être de l'enfant et sa famille et de l'efficience des soins de l'enfant avec l'impact positif de la réadaptation en situation écologique dans l'environnement usuel de l'enfant. Le respect de la charte de l'enfant hospitalisé est un des éléments qualité recueilli par la tutelle lors de l'accréditation des établissements de santé.

Dans la même dynamique, différentes modalités d'accueil et de suivi se sont développées, HAD de réadaptation, équipes mobiles de réadaptation, téléconsultation, télé réadaptation.

Dans le champ médico-social, une restructuration importante de l'offre est en cours privilégiant l'accueil de jour si besoin en séquentiel et une prise en charge en dispositif plus souple permettant d'alterner SESSAD, IME, IEM, accueil permanent ou temporaire, avec ou sans hébergement selon les besoins de l'enfant.... Les MDPH tendent à privilégier les orientations vers un dispositif.

Le dispositif vise à décloisonner l'offre médicosociale notamment entre le secteur médicosocial et l'éducation nationale, à donner de la souplesse pour une réponse adaptée aux besoins évolutifs de l'enfant ou adolescent.

Conjointement, la nécessité de proposer une scolarisation inclusive s'impose depuis 2005 avec lors de la 6e Conférence nationale du handicap (CNH) en avril 2023 la nécessité d'un accompagnement médico-social dans les murs de l'école. Pour cela des équipes médico-sociales seront positionnées auprès de l'Éducation nationale pour intervenir en soutien des élèves et des équipes pédagogiques. Les professionnels libéraux (ergothérapeutes, orthophonistes, etc.) pourront exercer dans les murs de l'école. L'ambition est de mettre fin aux établissements fermés dans lesquels les enfants vivent à part. Les établissements médico-sociaux pour enfants devront se transformer pour devenir des plateformes de services coordonnés, en partenariat avec les écoles, les collèges et les lycées.

L'organisation de la transition enfant / adulte s'améliore progressivement. Elle est d'autant plus nécessaire du fait de l'augmentation des enfants en situation de maladie chronique ou de handicap complexe atteignant maintenant l'âge adulte.

Les professionnels de santé en pédiatrie

La raréfaction des professionnels de santé dans le champ de la pédiatrie concerne autant les libéraux que les établissements sanitaires MCO, SMR, HAD, la pédopsychiatrie, les établissements et services médico-sociaux de l'enfance avec le risque de ne plus pouvoir assurer des parcours de qualité et fluides.

Les effectifs des professionnels de santé de l'enfance sont insuffisants, vieillissants avec inadéquation entre le nombre annuel d'étudiants en formation et celui des départs à la retraite. Dans cette temporalité d'évolution démographique et sans progression de la formation et des compétences, la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant n'est pas garantie.

Il est prévisible que cette pénurie d'experts en santé de l'enfant va s'aggraver alors que les besoins de santé des enfants et adolescents se majorent : augmentation du taux d'obésité d'ici 2040, majoration des problématiques de santé mentale chez les adolescents, des comportements à risque, des addictions, augmentation des filières de patients pédiatriques atteints de maladies chroniques.

Ces besoins doivent trouver une réponse dans l'action publique par l'accès à un meilleur dépistage, une meilleure prise en charge, etc. Le nombre de pédiatres surspécialisés et autres professionnel(le)s expert(e)s dans les maladies chroniques ou multi systémiques, les maladies mentales, les retards ou troubles développementaux, la néonatalogie, l'adolescence, les soins palliatifs devrait être suffisant dans chaque région pour répondre à ces besoins spécifiques.

Une meilleure coordination des politiques de santé et un soutien pour le développement et le maintien de l'expertise en santé de l'enfant est indispensable.

Programme de soins et de réadaptation

Les recommandations portées par les associations d'usagers, les sociétés savantes, les institutionnels et la recherche en pédiatrie soulignent la nécessité que les parents et l'enfant participent à l'évaluation et co-construisent avec les professionnels de santé le programme de réadaptation.

De nombreuses études ont montré une meilleure efficacité de ces programmes co-construits. Le programme de réadaptation est fondé sur une approche fonctionnelle orientée vers la tâche. Les objectifs sont pluriels : optimiser les résultats moteurs, cognitifs et de communication en utilisant des techniques qui favorisent la neuroplasticité et les apprentissages - prévenir les déficiences secondaires - favoriser la participation et la qualité de vie.

L'accent est également mis sur la prévention du sur-handicap – l'éducation thérapeutique tant de l'enfant que des parents.

L'évaluation de la douleur et sa prise en charge incluant la prévention sont devenues incontournables.

L'amélioration des connaissances en santé a permis de pouvoir disposer d'outils d'évaluation cliniques et instrumentales avec des qualités métriques reconnues et de programmes de soins avec des niveaux de preuves d'efficacité grade A. L'évaluation des différentes fonctions cognitives a à sa disposition des outils de qualité variés, complémentaires, l'analyse quantitative du mouvement permet une analyse plus fine et précise pour fixer des objectifs, comparer les résultats avant et après un soin. La qualification et quantification des objectifs avec la MCRO et des résultats d'un programme de réadaptation avec la GAS permettent de fixer et d'évaluer les programmes proposés.

En neurologie la toxine botulinique a modifié l'histoire naturelle et la prise en charge des troubles neuro orthopédiques de l'enfant.

La Réadaptation Motrice Intensive type thérapie HABIT-ILE (Hand and Arm Bimanual Intensive Therapy Including Lower Extremity) est un nouveau type de rééducation intensive impliquant une stimulation constante des membres supérieurs et inférieurs.

Elle est proposée sous forme de stages sur une période de 2 semaines (5 jours par semaine), la durée des activités journalières dépendant de l'âge des enfants. Cette méthode a montré avec un niveau de preuve fort qu'elle améliorerait la fonction motrice des membres supérieurs et inférieurs chez des enfants de plus de 6 ans atteints de paralysie cérébrale unilatérale et bilatérale.

Les appareillages et aides techniques ont évolué mettant l'accent sur le confort, la sécurité et l'optimisation fonctionnelle dans les différents domaines moteurs, cognitifs, psychiques.

Les outils informatiques ont démultiplié les possibilités dans l'évaluation et les programmes de réadaptation et les appareillages et aides techniques. La domotique et la robotique, les objets connectés font partie intégrante des programmes à proposer. La télé-réadaptation est un sujet qui s'est invité dans la réflexion auprès de la DGOS (utilisation en particulier dans la paralysie cérébrale).

Recherche Recommandations

Les projets de recherche se sont développés et diffusés. La qualité des revues scientifiques dans le champ de la réadaptation a progressé. La revue française « Annals of Physical and Rehabilitation Medicine » créée en 2009 a un excellent classement au niveau international. La SFERHE partenaire de la SOFMER organise des congrès de qualité en réadaptation pédiatrique. Elle participe à l'EACD.

Des recommandations HAS ou d'autres institutions nationales et internationales sont régulièrement produites en réadaptation pédiatrique.

Conclusion

L'amélioration des connaissances des pathologies, le développement d'évaluations et de programmes de réadaptation validés, la promotion de parcours fluides et sans ruptures, la reconnaissance de l'enfant et de sa famille comme co-acteur du programme de réadaptation ont permis d'améliorer les limitations fonctionnelles et les restrictions de participation. L'inquiétude se porte actuellement sur la raréfaction des professionnels de l'enfance qui ne permet plus de garantir que tous les enfants puissent bénéficier d'une expertise pédiatrique répondant à leurs besoins et dans des délais courts, quels que soient leur origine, leur lieu d'habitation, ou leur position sociale.

Bibliographie

- *Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes de paralysie cérébrale* ; décembre 2021 HAS
- *Charte européenne de l'enfant hospitalisé - European Association for Children in Hospital* ; 1988
- *Loi pour l'égalité des Droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées notamment le droit des enfants en situation de handicap à être accueillis en structure et à l'école* ; 11 février 2005
- *Transition enfant adulte : handicaps moteurs et associés : passage de l'enfant à l'adulte - recommandation SOFMER* ; juillet 2012
- « *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans, et accompagner leur famille* » un des 6 axes prioritaires de ce rapport est relatif à une augmentation du nombre d'enfants en situation de handicap, rapport du Conseil de l'enfance du HCFEA ; juillet 2018
- *Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré dans les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et perspectives d'extension, rapport IGAS* ; août 2018
- *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant - rapport IGAS de E FAUCHIER-MAGNAN* ; 2021
- *Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs - rapport Haut Conseil de Santé Publique* ; 28 avril 2022
- *6^{ème} Conférence nationale du handicap (CNH)* ; 26 avril 2023
- *SFERHE Société Francophone d'Etudes et de Recherche sur les handicaps de l'enfance* <https://www.sferhe.org>
- *SOFMER Société de Médecine Physique et de Réadaptation* <https://www.sofmer.com/>
- *EACD European Academy of Childhood Disability* <https://www.eacd.org/>



Pour clore – provisoirement ce dossier - Anne Sophie Centis, nous livre un synopsis de l'étude menée dans le cadre de son Master 2 et dont elle parlera aux JNKS ROUEN

État des lieux et intérêts des Soins de Rééducation Post Réanimation pédiatriques (SRPR) en France

Qu'est ce qu'un SRPR ?

Le SRPR, Long Term Acute Care Hospital (LTACH) aux États-Unis, a pour mission la prise en charge en rééducation précoce de patients victimes d'affection neurologique ou respiratoire sévère. Il constitue un pont entre les réanimations et les services de rééducation.

Il reçoit des patients issus de réanimation qui nécessitent une surveillance médicale avec des soins spécifiques. Il leur propose une rééducation anticipée ainsi qu'un suivi médical spécialisé et pluridisciplinaire assuré par des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et des psychologues.

Son originalité réside notamment dans la présence d'un médecin réanimateur, sans laquelle l'unité serait un centre de rééducation traditionnel. Les patients qui y sont accueillis travaillent notamment sur le sevrage ventilatoire grâce à un travail musculaire, à un apprentissage de gestes de kinésithérapie respiratoire, ou à une assistance à la toux par exemple, afin d'acquérir une autonomie respiratoire et fonctionnelle.

Les SRPR disposent d'une salle de rééducation et de matériels adaptés, comme les pédaliers motorisés qui permettent progressivement aux patients de s'impliquer musculairement dans l'effort. Ces outils permettent aux équipes de proposer une vraie rééducation respiratoire et musculaire globale à l'extérieur de la chambre du patient, tout en maintenant une surveillance monitorée.

Les unités de SRPR adulte se polarisent fréquemment vers une orientation neurologique ou respiratoire. Leur création s'est accélérée avec la crise sanitaire COVID récente.

Côté pédiatrique, les SRPR sont mixtes neurologique et respiratoire.

Cette option semble peu connue et peu développée en France. Ils accueillent des enfants ou adolescents souffrant de :

- tétraplégie C2 à C5,
- maladies neuro musculaires
- traumatismes graves du système nerveux central
- coma en phase d'éveil
- pathologies malformatives extra-thoracique ou pulmonaire
- dysplasie broncho-pulmonaire sévère
- malformations ORL complexes.

Ces pathologies et la charge en soins sont trop importants pour un domicile ou en unité de rééducation traditionnelle.

Exemple avec un cas clinique : En Février 2020, un enfant de 9 ans est admis dans le service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Jeanne de Flandre du CHU de Lille. Suite à un AVP à haute cinétique, il est conscient mais devient tétraplégique et intubé-ventilé. Il souffre d'un étirement de la moelle épinière en C2 induisant une dépendance ventilatoire totale. Cet enfant a bénéficié quelques jours après son admission d'une trachéotomie sur laquelle il a pu rapidement être ventilé avec un respirateur de domicile. Une prise en charge rééducative a très vite débuté :

- Kinésithérapie respiratoire et motrice.
- Orthophonie d'élocution, de phonation et de déglutition.

Cette prise en charge rééducative précoce a une importance démontrée. Mais des limites sont vite apparues :

- des transferts lit-fauteuil difficiles avec du matériel peu adapté ;
- un fauteuil non conçu pour ce type de patient ;
- une prise en charge kinésithérapique respiratoire importante empiétant sur le temps de travail moteur ;
- un manque de temps dédié des professionnels de la rééducation présents.
- absence de certains professionnels comme les ergothérapeutes ou les psychomotriciens.

Au bout de 5 mois d'hospitalisation en réanimation, un centre de soins de suite et de réadaptation situé à plus de 100 km du domicile familial accepte d'accueillir cet enfant.

Mais, en raison d'un manque de matériel de surveillance et d'un personnel insuffisant, il exige une présence parentale 24/24 h.

Cette situation particulière, mais pourtant courante, reflète des dysfonctionnements

dans la prise en charge de ces jeunes patients gravement atteints :

- une rééducation sous optimale en réanimation.
- un séjour prolongé en réanimation.
- un transfert tardif en soins de suite.
- des conditions d'accueil non optimales en soins de suite.
- une présence parentale exigée impactant la vie de famille.

Un trait d'union entre la réanimation et la rééducation semble être absent. Ce trait d'union aurait pu être le SRPR. Il aurait permis à cet enfant de bénéficier d'une rééducation précoce, pluridisciplinaire compatible avec un monitoring permanent et la lourdeur de ses soins.

Les services de réanimation pédiatrique seraient-ils en mesure d'assurer ce type de prise en charge ?

Combien de jeunes patients bénéficient de ce type de prise en charge en France ?

Combien de jeunes patients auraient besoin de ce type de prise en charge en France ?

Quels sont les principaux freins aux transferts vers les structures d'aval ?

La répartition des structures existantes est-elle homogène sur le territoire Français ?

Objectif principal : Etablir un état des lieux des SRPR pédiatriques en France.

Objectifs secondaires :

- Comparer les caractéristiques des services de réanimation en fonction des deux groupes suivants : Groupe des réanimations possédant un SRPR versus groupe des réanimations sans SRPR.

- Comparer les caractéristiques des services de réanimation en fonction des deux groupes suivants : Groupe des réanimations possédant un SSR à moins de 30 km versus groupe des réanimations possédant un SSR à plus de 30 km.

- Comparer les caractéristiques des services de réanimation en fonction des deux groupes suivants : Groupe des réanimations possédant un SSR prenant en charge des patients trachéotomisés/ventilés versus groupe des réanimations ne possédant pas de SSR prenant en charge les patients trachéotomisés/ventilés

HAD R KINESITHERAPIE, & HOSPITALISATION A DOMICILE DE READAPTION

*L'intention,
le geste,
la trace !*

KINESITHERAPIE & HAD de READAPTATION

En ouvrant ce dossier le CNKS souhaite marquer et soutenir l'importance d'une reconnaissance plus importante de la rééducation, réadaptation en général et de la kinésithérapie en particulier dans l'activité d'HOSPITALISATION A DOMICILE.

A cet effet plusieurs acteurs de cette HAD R ont bien voulu apporter leurs concours pour contextualiser cette activité

- en retraçant son évolution, ses difficultés et ses réussites,
- en faisant un retour d'expérience et de vécu d'aujourd'hui
- en envisageant son évolution demain.

Que ces acteurs, auteurs, soient remerciés de cet exercice ;
Qu'ils et elles, ainsi que tou-te-s les collègues qui en défendent la réalité au quotidien, soient assurés

- de l'attention du CNKS,
- de son engagement à promouvoir cette spécificité ;
- de sa disponibilité pour envisager travaux, enquêtes et études utiles, nécessaires voire indispensables pour en étayer le bien fondé.

RetEx



Au cœur d'un établissement Portraits, Parcours & Paroles

Martin VELLARD
MK
ESPIC LA MENAUDIERE

La Menaudière se trouve être l'établissement de santé dans lequel j'exerce l'art de la masso-kinésithérapie depuis vingt-deux ans, en tant que salarié à temps plein. Il est situé dans le Sud du Loir et Cher, à Chissay en Touraine, au cœur du pays des châteaux de la Loire entre Chenonceau, Amboise et Chaumont sur Loire, à 45 kilomètres à l'Est de Tours [doté d'un CHRU(2)], à 18 kilomètres d'Amboise [doté d'un CHIC (3)] et à 40 kilomètres au Sud de Blois [doté d'un CHG (4)]. Nous sommes donc localisés dans un environnement plutôt rural, identifié comme désert médical mais néanmoins très touristique où il fait bon vivre entre vignes, châteaux, zoo de Beauval, forêts et rivières.

KINESITHERAPIE SALARIEE & INTERPRO & HAD R

D'un point de vue juridique, c'est un ESPIC (5) qui est affilié au livre III du groupe MGEN (6), la MGEN Action Sanitaire et Sociale, et d'un point de vue conventionnel, comme pour tous les établissements du groupe, La Menaudière est adhérente à la FEHAP (7).

Construit en 1967, au sein du parc du Château de La Menaudière, il accueillait exclusivement à son origine les adhérents de la MGEN. Il s'agissait d'ailleurs d'une maison de repos pour les enseignants de l'éducation nationale...

Mais, depuis 2004, avec la réforme du Code de la Mutualité et la construction d'un nouveau bâtiment répondant au cahier des charges de l'exercice d'une activité de prévention et de promotion de la santé, il accueille maintenant tous les assurés sociaux.



Notre établissement emploie 100 salariés en CDI(8). Pour la partie relative à son activité sanitaire, il comporte une équipe médicale (3 médecins de MPR⁹, 1 médecin nutritionniste et 1 médecin gériatre), une équipe de soins de jour et de nuit (15 IDE¹⁰, 15 AS¹¹) et une équipe de rééducation-réadaptation-reconditionnement physique, fonctionnelle et alimentaire (7 Kinésithérapeutes, 5 Ergothérapeutes, 3 Enseignants en Activité Physique Adaptée, 2 Orthophonistes, 2 Diététiciennes, 1 animatrice socio-culturelle permanents, et des vacations d'Orthoprothésistes et de Podologue).

Jusqu'au démarrage de l'HAD-R en Septembre 2022, seules deux modalités d'hospitalisation étaient proposées à la patientèle souffrant des effets du vieillissement, de troubles locomoteurs, orthopédiques et du système nerveux, de troubles du système digestif, des domaines de l'endocrinologie, de la diabétologie et de la nutrition. Actuellement, les 94 lits de SSR¹² en hospitalisation complète sont répartis sur deux étages de 44 lits pour la RAL¹³ et 50 lits pour la MPR. En Hospitalisation de jour, La Menaudière dispose d'une autorisation de 4 lits de MPR et 1 lit de RAL.

C'est dans le cadre de cet établissement de type hospitalier privé à but non lucratif, au sein des deux étages de soins et d'un plateau technique de rééducation-réadaptation fonctionnelle que les professionnels de santé et autres professions alliées, œuvrent tout au long de l'année, sous la coordination des équipes médicales, d'une cadre de santé et d'une coordinatrice du plateau technique, dans un seul et même objectif commun, celui d'améliorer l'autonomie fonctionnelle de la patientèle que nous accueillons.

Du point de vue de sa gestion économique, la MGEN ASS donne chaque année à ses établissements une feuille de route dont le critère économique clé repose sur un taux d'occupation des lits d'HC¹⁴. Or, depuis la crise de la Covid-19, des « grains de sables » sont venus enrayer le système. Ils sont multifactoriels mais quoiqu'il en soit nous présentons, depuis deux ans maintenant, des difficultés notoires à remplir le cahier des charges de la feuille de route. Pour exemple, la moyenne annuelle du taux d'occupation en HC exprimée en pourcentage tournait en 2022 entre 60 et 70% alors que la feuille de route avait été fixée à 83%. Sans les aides gouvernementales importantes La Menaudière serait dans un état financier critique. C'est pourquoi, il serait presque dans l'obligation de notre chef d'établissement de rechercher d'autres paradigmes d'activité qui assurent l'équilibre financier. En soi, une notion nouvelle est en train d'émerger dans l'espace économique protégé de nos établissements de soins à but non lucratif. Je veux parler de la notion de rentabilité... Et, aujourd'hui, après huit mois d'activité, entre l'HC, l'HJ¹⁵ et l'HAD-R, seule cette dernière est rentable aux dires de Mr Jean Villette, Directeur de notre établissement.

Après cette longue introduction, revenons-en au point de départ :

C'est le 27 septembre 2022 que l'HAD-R a débuté à la Menaudière. Cette création d'activité faisait suite à plusieurs éléments déclenchants dont deux décrets de Loi¹⁶ et une réunion d'information qui s'est tenue à l'ARS¹⁷ de la Région Centre Val de Loire le 25 janvier 2022, à destination des médecins MPR, sur cette HAD avec mention « Réadaptation ».

À cette occasion le Docteur K. David de l'ARS a rappelé que « L'activité d'HAD comportant la mention Réadaptation a(vait) pour objet d'assurer au domicile du patient une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée afin de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité ». Nous avons donc bien compris qu'il s'agissait finalement là de la création du chaînon manquant entre la réadaptation en Centre (HC et/ou HJ) et la réadaptation libérale de ville, c'est-à-dire d'une phase transitoire entre ces deux prises en charges existantes.

Cette nouvelle possibilité d'activité de soins médicaux de réadaptation a tout de suite été identifiée par Mr Jean Villette comme une possibilité de diversification de notre activité et une autre source de revenus pour l'établissement. Dans les conditions économiques actuelles, il fallait prendre la balle au bond et se placer auprès de l'ARS pour proposer un projet en ce sens...

Donc, depuis septembre dernier nous expérimentons, pour une année, la création d'une activité d'Hospitalisation à Domicile de Réadaptation en partenariat avec les HAD autorisées dans nos trois départements limitrophes, c'est-à-dire le Loir-et-Cher, l'Indre et Loire, et l'Indre. Chacune des trois représente trois secteurs d'activités différents, à savoir, respectivement, le privé lucratif pour l'HAD Loir-et-Cher (41), le privé solidaire pour l'ASSAD HAD (Indre-et-Loire 37) et le public pour le CH de Châteauroux/Le Blanc (Indre 36).

La Menaudière assure ainsi l'expertise de MPR, en mettant à disposition au domicile des patients des professionnels spécialisés dans la rééducation, la réadaptation et l'éducation thérapeutique.

Comme l'indiquait déjà l'ARS IDF¹⁸ en 2018¹⁹, les interventions des kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes sont quasi systématiques ; d'autres interventions sont prescrites en fonction des besoins propres à chaque situation clinique comme l'orthophonie, les avis diététiques et la pratique d'activité physique adaptée (APA).

S'agissant du type de patients éligibles, nous admettons en HAD-R, une patientèle présentant potentiellement des pathologies très variées, venant de services des Centres Hospitaliers voisins en amont comme en aval du SMR²⁰.

À titre d'exemple sans exhaustivité, nous accueillons des patients en neurologie, comme des Parkinson, des AVC²¹, SLA²², SEP²³, mais aussi pour de la réhabilitation gériatrique, des patients brûlés, des amputés, des cas de traumatologie-orthopédie en attente de consolidation, de l'oncologie, des situations d'obésité avec demande de réadaptation alimentaire et physique, etc... D'après Mme Dorine Fortin, coordinatrice du projet, il n'y a pas de limites d'accueil qui seraient liées aux pathologies...

Il s'agit pour le moment de répondre aux besoins des patients qui peuvent s'exprimer via les demandes du médecin traitant ou de l'IDE²⁴ coordinatrice de l'HAD, des rééducateurs de l'établissement ou des demandes Via Trajectoire, des libéraux médecins traitants ou kinésithérapeutes libéraux.

En revanche, afin de bien correspondre au service attendu en HAD-R, les patients pris en charge doivent nécessiter d'au moins deux professionnels de rééducation différents.

Concrètement, La Menaudière apporte par convention à l'HAD cette équipe complète de rééducateurs, coordonnée par un de nos médecins MPR et une infirmière coordinatrice, tout le reste étant géré et assuré par l'HAD elle-même (Soins IDE - AS si nécessaires, Pharmacie, Dispositifs médicaux, dossier médical, facturation, etc...). Pour ce qui concerne l'organisation, deux modes de prises en charge sont possibles:

- La prise en charge (PEC) uniquement par le SMR (dit « mode de prise en charge principale ») avec une PEC rééducative par jour soit cinq PEC par semaine.
- La PEC en HAD et SMR cumulés (dit « mode de prise en charge associée ») avec trois PEC rééducatives par semaine (en plus des interventions des soignants de l'HAD).

Chaque passage de rééducateur est estimé à 45 minutes de présence au domicile (hors temps de trajet) et la durée moyenne de séjour prévue est de trois à quatre semaines.

Concernant notre territoire d'activité, il s'étend sur 120 communes réparties sur les trois départements du 36, 37 et 41. Nous avons défini nous-même ce territoire qui correspond à un rayon de 30 kilomètres autour de notre établissement. En début de projet, il évitait les deux grandes agglomérations de Tours et de Blois pour des questions de fluidité du déplacement.

Mais, rapidement, nous avons reçu une forte demande de nos services par l'agglomération de Blois. Par ailleurs, dans le Nord de l'Indre, l'HAD-R existait déjà.

Par conséquent, nous nous sommes adaptés à l'évolution de ce projet et nous avons donc redessiné la carte de notre territoire d'interventions comme indiqué en figure 2, c'est-à-dire en incluant Blois et en retirant l'Indre.

Sur les critères d'équilibre budgétaire, si l'expérience s'avère effectivement concluante à la fin du mois de septembre 2023, la MGEN pérennisera cette activité en nous fixant des objectifs stratégiques et opérationnels.

D'un point de vue stratégique il s'agit de :

- Diversifier notre activité en présentant une nouvelle modalité de PEC,
- Rapprocher le SMR MGEN la Menaudière du domicile des patients,
- Augmenter le nombre global de patients du SMR La Menaudière
- Répondre à la demande des patients
- Répondre à la demande de la tutelle
- Optimiser les conséquences de la réforme du financement des SMR
- Réduire le coût global de la prise en charge de rééducation / réadaptation

Et d'un point de vue opérationnel :

- Permettre une prise en charge rééducative complexe et pluriprofessionnelle au domicile en transition entre la prise en charge en hospitalisation complète et celle avec les professionnels de santé libéraux, kinés en particulier.
- Diminuer les DMS²⁵ et éviter les ré-hospitalisations

Après bientôt neuf mois de fonctionnement, nous pourrions dire sur un certain nombre de critères que ce projet de prestations de service en HAD-R est plutôt positif.

Il est positif pour les patients si l'on en croit le service qualité de l'HAD du 41. La demande est très forte et tout particulièrement dans les deux plus grandes agglomérations avoisinantes Blois et Tours. Financièrement l'objectif initial minimal d'équilibre budgétaire est plus qu'atteint. Nous sommes dans une démarche de développement et les postes créés en CDD²⁶ devraient être pérennisés.

Toutefois, cette toute nouvelle activité est encore en rodage d'après l'une des infirmières coordinatrices. Pour un établissement SMR comme le nôtre, cela demande d'allier l'expertise dans la technique de soins avec celle de la logistique. Les soins, nous connaissons bien, en revanche la logistique, c'est une grande nouveauté.

Voitures, déplacements et matériels de soins de rééducation nécessaires au domicile des patients, agendas du patient et des professionnels, dossier du patient partagé avec les différentes HAD, ...autant de sujets qui peuvent être difficiles à gérer et qui demandent beaucoup de souplesse aux différents et nombreux professionnels de santé impliqués dans cette activité.

Pour que tout cela fonctionne, il faut être inventif, créatif et avoir un état d'esprit d'entrepreneur comme nous le fait remarquer Mr Villette. Nous rajouterons à cette recette de la réussite du projet, la motivation des professionnels de santé pour participer à cette nouvelle aventure, sans laquelle, comme un ingrédient omis, l'existence pourrait être mise en péril...

- 1 HAD, Hospitalisation à domicile
- 2 CHRU, Centre Hospitalier Régional Universitaire
- 3 CHIC, Centre Hospitalier Inter Communal
- 4 CHG, Centre Hospitalier Général
- 5 ESPIC, Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- 6 MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
- 7 FEHAP, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne.
- 8 CDI, Contrat à Durée Indéterminée
- 9 MPR, Médecine Physique et Réadaptation
- 10 IDE, Infirmière Diplômée d'État
- 11 AS, Aide-Soignante
- 12 SSR, Soins de Suite et Réadaptation
- 13 RAL, Réadaptation ALimentaire
- 14 HC, Hospitalisation Complète
- 15 HJ, Hospitalisation de Jour
- 16 L'un relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile et l'autre relatif à ses conditions techniques de fonctionnement.
- 17 ARS, Agence Régionale de Santé.
- 18 IDF, Ile de France
- 19 Rapport HAD de réadaptation en île de France – Partage d'expérience 2018.
- 20 SMR, Soins Médicaux de Réadaptation.
- 21 AVC, Accident Vasculaire Cérébral
- 22 SLA, Sclérose Latérale Amyotrophique
- 23 SEP, Sclérose En Plaques
- 24 IDE, Infirmière Diplômée d'État
- 25 DMS, Durée Moyenne de Séjour
- 26 CDD, Contrat à Durée Déterminée

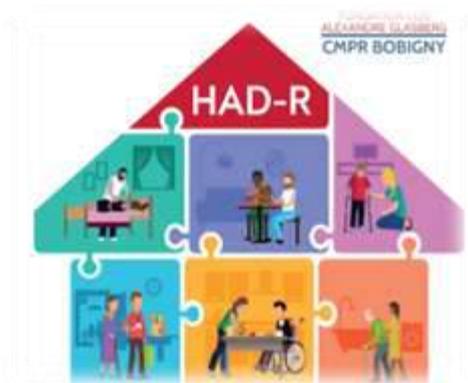


HOSPITALISATION A DOMICILE DE READAPTATION CMPR de Bobigny Fondation COS Alexandre Glasberg

Définition et origine

L'hospitalisation à domicile, généralement connue sous le signe HAD, est un mode d'hospitalisation à part entière qui a vu le jour en France au milieu du XXème siècle à l'hôpital Tenon à l'initiative du Dr Fred SIGUIER. Celui-ci est suivi par l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui, en 1957, crée la première structure d'HAD avec les hôpitaux Tenon et Saint-Louis.

Dès sa conception française, l'HAD choisit de s'appuyer sur les médecins libéraux afin d'assurer la continuité des suivis des patients.



En 1958, le directeur de l'Institut Gustave Roussy crée l'HAD Santé Service qui deviendra une association loi 1901 en 1970. Cette dernière existe encore aujourd'hui en étant même le leader sur le marché des HAD. La première convention relative à l'hospitalisation à domicile est signée en 1960 entre d'une part Santé Service et l'HAD de l'AP-HP et d'autre part la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

L'HAD est légalisée par l'article 4 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière: «Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant». C'est la reconnaissance officielle de l'HAD en France. En 1973 se crée la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) qui a pour mission de promouvoir le développement de cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle sur le territoire national.

La circulaire n DHOS/O/2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile rappelle les principes généraux de la prise en charge en HAD, sur lesquels tout projet de structure d'HAD doit s'appuyer, et développe les cahiers des charges de la prise en charge en hospitalisation à domicile dans les domaines de la périnatalité, de la pédiatrie et de la psychiatrie.

La démarche retenue dans ces cahiers des charges est fondée sur la notion de « charge en soins ».

En effet, l'objectif est de proposer aux patients accompagnés une alternative à l'hôpital traditionnel intramuros qui souffre d'une surpopulation de patients. Initialement envisagé comme un mode de désengorgement des structures hospitalières classiques, ce mode d'hospitalisation est devenu progressivement une indication au suivi des pathologies chroniques et/ou évolutives.

L'HAD coordonne les différents acteurs médicaux et paramédicaux. Elle centralise également les informations, devenant l'interlocuteur unique du patient, faisant le lien avec les services hospitaliers et le médecin traitant notamment. Elle assure également la gestion de tout le matériel médical nécessaire au patient, la livraison des médicaments et la rémunération des intervenants.

L'HAD contribue au service hospitalier et à ce titre elle est financée par l'Assurance Maladie sur le mode de la tarification à l'activité (T2A). Les services d'HAD rémunèrent ainsi l'ensemble des intervenants et le patient est généralement entièrement pris en charge (ticket modérateur remboursé par les mutuelles).

La plupart des HAD sont des HAD polyvalentes qui dispensent des soins aux patients (traitements, pansements, sondages, aide à la toilette ...) mais depuis quelques années, des HAD de réadaptation (HAD-R) ont vu le jour.

Leur objectif est de proposer une alternative à l'hospitalisation en centre de rééducation ou une solution d'aval aux établissements de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). C'est également un moyen d'accompagner les retours à domicile des patients ayant séjourné en établissement de type SMR et qui ont besoin d'un suivi à domicile. Les séjours sont généralement compris entre 6 et 8 semaines.

L'hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) se caractérise par plusieurs particularités.

En effet, ce service est composé d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée :

- ergothérapeutes,
- kinésithérapeutes,
- orthophonistes,
- enseignants en activités physiques adaptées,
- et parfois (neuro)psychologues,

qui travaillent en synergie avec un médecin MPR qui coordonne le projet des patients accompagnés depuis la demande d'intervention jusqu'à la fin de l'accompagnement.

Le médecin assure le suivi du patient chaque semaine lors du staff en équipe et rédige durant la première semaine de prise en charge le projet personnalisé de soins (PPS). Cette synthèse des bilans initiaux fixe les objectifs pour la durée du séjour et sera alors soumise / signée par le patient à la manière d'un contrat d'engagement. Cet outil présente plusieurs intérêts comme la traçabilité (pour le patient et l'équipe), la fixation des objectifs en lien avec les occupations / habitudes de vie du patient et une incitation du patient à s'engager dans son parcours (aspect motivationnel non négligeable d'un projet de soins coconstruit) ...

L'accompagnement en HADR s'effectue tous les jours de la semaine avec une obligation de réaliser un minimum de cinq séances hebdomadaires.

Focus sur l'Île-De-France

Les HAD-R d'Ile de France sont au nombre de 10 équipes. Elles sont rattachées à un établissement (hôpital, clinique ou centre de rééducation). Leur répartition et leur partage du territoire francilien permet à la quasi-totalité des habitants de la région l'accès à un service d'hospitalisation à domicile.

En effet, les HAD-R sont situées dans les établissements des villes suivantes : CMPR de Bobigny, Centre de réadaptation de Coubert, Centre Hospitalier Simone Veil d'Eaubonne, CERSSY de Rambouillet, IRR de Romainville, Centre Hospitalier Delafontaine de Saint-Denis, Hôpitaux de Saint Maurice, Hôpital Saint Anne de Paris, l'ADAPT CMPR de Chatillon (cellule nouvellement créée) et Clinalliance SMR de Villiers sur orge.

Parmi ces services, trois possèdent leurs autorisations propres ce qui signifie qu'ils possèdent leur propre HAD de soins couplée à la réadaptation. C'est le cas des unités de Coubert, Eaubonne et Saint-Denis. Quant aux autres HADR, elles ont des partenariats avec des HAD de soins polyvalents. Les principaux HAD de soins du territoire sont Santé Service (qui est le leader depuis plusieurs années et qui fait appel à des libéraux), l'HAD de l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) et l'HAD de la FOCSS (Fondation Œuvres de la Croix Saint Simon). Le CMPR de Bobigny, Sainte Anne et Saint Maurice possèdent un double partenariat : le premier avec la FOCSS et le second avec l'APHP. La seule HADR ayant un partenariat avec l'HAD Santé service est l'unité du CERSSY de Rambouillet.

Zoom sur l'HADR du CMPR de Bobigny



Le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation de Bobigny dispose de :
trois services regroupant 170 lits d'hospitalisation conventionnelle,
un hôpital de jour de 60 places,
une équipe mobile
un service d'HAD-R.



Le service d'HAD-R dispose d'une équipe de plusieurs professionnels de la structure dont une partie du temps de travail est dédiée à l'HADR (en ETP) :

0.2 médecin MPR,
1 kinésithérapeute, (2x0,5)
0.4 orthophoniste,
0.6 enseignant en activités physiques adaptées
2 ergothérapeutes.

Cette équipe est dimensionnée pour pouvoir prendre en charge une file active maximale de 14 patients simultanément.

Les étapes du parcours en HAD-R

- 1 Réception de la demande.
- 2 Prise de contact avec le patient, son entourage et le médecin prescripteur.
- 3 Visite de préadmission (par l'infirmière coordinatrice et l'ergothérapeute coordinatrice) pour évaluer si l'admission est possible.
- 4 Date d'entrée en HAD-R décidée en collaboration avec l'HAD polyvalente de la Fondation Œuvres de la Croix Saint-Simon ou de l'APHP.
- 5 Accompagnement par l'équipe pluridisciplinaire en lien étroit avec le médecin traitant.

Quels sont les patients accompagnés en HAD-R?

La très grande majorité des patients suivis en HAD-R présentent une pathologie neurologique (accident vasculaire cérébral, maladies évolutives du type sclérose en plaques ou maladie de Parkinson, blessés médullaires) ou orthopédique (polytraumatisés, amputés ...) les limitant dans leur autonomie au quotidien.

Le projet thérapeutique :

Le projet est de s'assurer que le retour à domicile est sécurisé et d'acquiescer ou d'améliorer une autonomie compatible avec le maintien au domicile.

Quand l'innovation et les nouvelles technologies s'invitent en HADR :

l'expérience du tapis de marche connecté AMY de la marque Ezygain au domicile des patients suivis en HADR par le CMPR de Bobigny

[HAD-R • Apporter une rééducation de qualité professionnelle au domicile \(COS Bobigny\) - YouTube](#)

Dans le cadre d'un financement de l'ARS, l'HAD-R du CMPR de Bobigny a la possibilité de proposer aux patients accompagnés d'utiliser un tapis de marche connecté.

Ce dispositif présente plusieurs avantages indéniables :

- travail de l'équilibre statique et dynamique
- travail du passage du pas et du schéma de marche
- travail de la marche et de la vitesse de marche
- évaluation et programmes d'entraînement
- utilisation avec ou sans thérapeute
- permet de marcher même si l'environnement est défavorable (appartement sans ascenseur, trottoirs du quartier détériorés, rues en pente ...)

Nous pourrions poursuivre cet article en réalisant une étude scientifique sur l'apport de la pluridisciplinarité et des nouvelles technologies en HADR ainsi que sur l'avenir pour ce type de prise en charge.

Les intervenants à domicile

L'ergothérapeute intervient pour favoriser l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et optimiser la participation sociale.



Le kinésithérapeute : intervient pour améliorer, renforcer, maintenir ou rétablir les capacités fonctionnelles et la mobilité du patient.



L'orthophoniste a pour rôle d'améliorer et/ou de préserver les capacités de déglutition, de communication et de mémoire, d'attention, de raisonnement, d'orientation dans le temps et dans l'espace.



L'Enseignant en Activité Physique Adaptée a pour rôle de concevoir des programmes personnalisés pour optimiser les capacités motrices et l'aptitude physique du patient par la médiation d'activités physiques, sportives.



RetEx



Portraits, Parcours & Paroles

Céline Rampsacher
Cadre Supérieure de Rééducation
Responsable de l'HAD-R

Etre kinésithérapeute en H.A.D.R.

Hospitalisation A Domicile de Réadaptation

INTRODUCTION

L'une des richesses du métier de masseur-kinésithérapeute c'est la liberté de choisir le mode d'exercice que l'on souhaite pratiquer : libéral, salariat ou exercice mixte¹¹.

Au-delà du choix du mode d'exercice, celui-ci peut également choisir le type de structure (centre hospitalier, institut de formation, Soins Médicaux et de Réadaptation¹², médico-social, ...), la population soignée (enfant, adulte, personnes âgées, neurologie, locomoteur,...) et le statut (public, privé, lucratif).

Parmi toutes les possibilités offertes aux masseurs kinésithérapeutes, l'Hospitalisation A Domicile de Réadaptation propose une alternative intéressante et des avantages indéniables au regard des contraintes actuellement vécues par les professionnels de santé.

¹¹ Articles R4321-112 à R4321-141 du code de la santé publique

1. L'Hospitalisation A Domicile de Réadaptation

L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes¹³.

a. Les patients accueillis

Les patients accueillis dans le service d'HAD-R de Coubert présentent des profils variés :

- Population :
jeune adulte à personne âgée
- Pathologies rencontrées :
 - Neurologie :
blessés médullaires, cérébrolésés, maladies neurodégénératives
 - Locomoteur :
amputés, chirurgie ambulatoire, polytraumatisés, suites de brûlures
 - Gériatrie
 -

La diversité dans les profils accueillis permet d'avoir accès à un large panel de pratiques.

¹² Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation

¹³ Article R. 6123-139 du code de la santé publique

Pour autant, les prises en charge sont spécifiques et spécialisées. Une équipe pluridisciplinaire garantit en permanence aux professionnels et aux patients la mise en place d'un Projet Personnalisé de Soins cohérent et évolutif tout au long de la prise en charge, au regard de l'évolution du patient.

L'hospitalisation à domicile de Réadaptation permet aux patients, à la sortie d'une hospitalisation en médecine ou en Soins Médicaux et de Réadaptation, de faire le relais entre l'institution et la prise en charge libérale.

L'objectif principal des prises en charge en HAD est de permettre au patient et à son entourage d'atteindre un niveau d'autonomie le plus élevé possible permettant de retarder voire d'éviter une hospitalisation et/ou une institutionnalisation. Pour cela, une équipe pluridisciplinaire intervient au domicile du patient, bénéficiant ainsi d'un milieu écologique, plus propice à l'évaluation et à la réadaptation aux conditions de vie réelles des patients accueillis.

Le patient peut également être amené à rencontrer nos professionnels (médecins et/ou coordinatrices, rééducateurs, autre médecin spécialisé, équipe plaie et cicatrisation) au sein du Centre de Réadaptation de Coubert afin de lui permettre l'accès au plateau technique d'évaluation, de soins et de rééducation.

b. Les professionnels de l'équipe



➤ **Les fonctions support**

Afin de permettre aux professionnels d'accomplir leurs missions dans de bonnes conditions, les fonctions support s'organisent et répondent aux besoins des professionnels et des patients :

- Pharmacie à Usage Interne (médicaments et dispositifs médicaux)
- Service logistique (véhicule, matériel non médical)
- Service informatique (PC portables, smartphones)
- Service des ressources humaines

➤ Au sein du service

L'équipe type en HAD-R est polyvalente. Elle est constituée d'une équipe administrative, d'une équipe de coordination, d'une équipe de soins et d'une équipe de rééducation.

L'équipe administrative a pour mission de s'assurer que le patient bénéficie bien des droits qui lui sont accordés et assure le relais entre les professionnels (salariés, libéraux, adresseurs), les patients et l'administration. Elle est composée de trois secrétaires et deux assistantes sociales.

L'équipe de coordination est composée des médecins praticiens d'HAD et des infirmières de Coordination. Leur mission principale est de coordonner la prise en charge du patient avec les services adresseurs, les libéraux, les professionnels de l'HAD et les contraintes liées aux patients. L'objectif de cette équipe est que l'ensemble des patients bénéficie du juste soin au moment adapté.

A ce titre, ils co animent des staffs pluridisciplinaires permettant de statuer sur les sorties des patients et les modifications de leurs plans de soin, notamment.

Les professionnels de la coordination visitent le patient, à son domicile, au moins une fois dans le séjour. En cas de séjour long ou de nécessité pour le patient (état de santé, bilan particulier, prescription d'aide technique spécifique), les professionnels de la coordination peuvent se déplacer chez le patient.

Les équipes administrative et de coordination sont présentes afin de répondre aux professionnels du terrain lorsque la situation nécessite le recours à une tierce personne.

➤ En tournée

Les professionnels du soin sont des infirmiers et des aide-soignants ayant, pour la majorité, une expérience significative en Soins de Suite et de Réadaptation.

Ils ont ainsi un niveau d'expertise important leur permettant d'intervenir avec pertinence auprès des patients, de leur entourage mais également des professionnels intervenant auprès des patients au quotidien. Ils réalisent des soins de confort, d'hygiène et infirmiers afin de permettre au patient d'atteindre une autonomie la plus grande possible au regard de son handicap.

L'équipe de rééducation est composée de professionnels complémentaires tant dans leurs parcours que dans leurs compétences. Issus de différents milieux, ils proposent ainsi une diversité de point de vue et une expertise importante dans les domaines pris en charge.

Les professionnels de la rééducation proposent au patient un programme d'au moins 5 séances par semaine assurées par au moins deux disciplines différentes.

Ainsi, le patient ne voit pas tous les thérapeutes tous les jours comme ça peut être le cas en service de SMR.

Les fréquences de prise en charge sont définies en fonction du Projet Personnalisé de Soins du patient et de l'évolution de ses besoins. Ainsi, il pourra bénéficier de tout ou partie des compétences mises à disposition par l'HAD-R.

L'équipe est ainsi composée, pour 90 patients pris en charge :

- 10 ergothérapeutes
- 10 masseurs kinésithérapeutes
- 4 intervenants en Activités Physiques Adaptées
- 3 psychomotriciens
- 3 neuropsychologues
- 1 orthophoniste

En supplément de cette équipe, nous sommes amenés à solliciter les professionnels libéraux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et orthophonistes) suivant habituellement le patient afin de ne pas impacter sa prise en charge initiale et ainsi être plus efficaces dans notre programme de soins.

c. L'innovation en HAD-R

Le service d'HAD-R de Coubert a ouvert dans un contexte d'expérimentation de la mention « Réadaptation ». Les décrets parus en décembre 2021¹⁴ et janvier 2022¹⁵ créant la mention « Réadaptation » en HAD mettent un terme à l'expérimentation en donnant un caractère désormais officiel et réglementaire à cette activité.

Dans sa volonté de proposer des prises en charge innovantes, l'HAD-R de Coubert contribue, par ailleurs, aux visites de l'équipe mobile nord Seine et Marne en mettant à disposition un temps d'ergothérapie ainsi qu'un temps médical à cette activité locale.

Par ailleurs, l'équipe a participé à un essai de semelles connectées pour les patients souffrant de la maladie de Parkinson, et hospitalisés au sein du service, en lien avec Feetme en 2020-2021.

Depuis janvier 2021, les professionnels de l'HAD peuvent utiliser l'application Axomove pour proposer aux patients des séances de téléadaptation et/ou d'autorééducation.

Cette pratique innovante permet aux patients de poursuivre leur rééducation en l'absence des professionnels puis, à terme, après leur sortie de l'HAD.

En septembre prochain le projet Tiers lieu d'expérimentation va démarrer, dans le cadre de l'Appel à projets « Accompagner la mise en œuvre d'expérimentations en vie réelle et la conduite de premières étapes industrielles », action 2, « Faire émerger des tiers lieux d'expérimentation pour le numérique dans les organisations de soins », dans le cadre du 4^e Programme d'investissements d'avenir dans le cadre du Plan France Relance mis en place par l'Etat.

L'objectif est de tester des solutions numériques innovantes dans les établissements de l'UGECAM Ile-de-France en partenariat avec 2 start-up et un consortium d'acteurs de la e-santé.

Au-delà de ces innovations, le matériel nécessaire à la prise en charge, s'il est disponible à la location, est mis en place chez chaque patient.

Ainsi, les professionnels travaillent dans des conditions optimales afin de proposer des séances adaptées aux patients.

¹⁴ Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile

¹⁵ Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile

2. Le kinésithérapeute en HAD de Réadaptation



a. Organisation

Le masseur kinésithérapeute participe à la prise en charge du patient en fonction du projet personnalisé de soin défini et mis à jour en équipe pluridisciplinaire à l'occasion des staffs hebdomadaires.

A partir de ce projet et des bilans initiaux réalisés, le professionnel choisit librement les techniques qu'il souhaite mettre en œuvre, dans le respect des dispositions décrites dans les différents textes réglementant l'activité du kinésithérapeute ainsi que l'activité d'Hospitalisation A Domicile.

Ainsi, le professionnel organise sa semaine afin de réaliser les visites définies au préalable. Ces visites ont une durée moyenne de 45 minutes, au domicile du patient. Selon l'état de santé du patient et les besoins de la séance, celle-ci pourra être plus ou moins longue.

Un masseur kinésithérapeute prend en charge, en moyenne, 25 séances de rééducation par semaine qu'il répartit en fonction des lieux d'habitation et des contraintes liées à la vie du patient et aux autres disciplines.

A l'issue de ses séances, le professionnel inscrit dans le dossier du patient les actes réalisés et enregistre les bilans et comptes rendus nécessaires au suivi du patient.

Chaque professionnel peut être amené à accompagner des étudiants en stage au sein du service. Ils pourront ainsi découvrir le métier de masseur kinésithérapeute et les spécificités de la prise en charge pluridisciplinaire à domicile.

Lorsque le patient s'apprête à quitter le service, au regard des réseaux existants, le kinésithérapeute référent de celui-ci peut se rapprocher de ses confrères intervenant en exercice libéral afin d'organiser au mieux la suite du parcours du patient.

Afin d'optimiser les temps de prise en charge, les secteurs d'intervention du professionnel sont définis au regard de son lieu d'habitation. Chacun est équipé d'un véhicule de service permettant d'effectuer les tournées directement depuis le domicile du professionnel.

Par ailleurs, chaque professionnel est équipé d'un ordinateur portable ainsi que d'un smartphone.

Ainsi, il est possible de consulter et remplir les dossiers du patient en temps réel et d'être en contact avec l'ensemble de l'équipe en cas de difficulté rencontrée durant la tournée.

Les logiciels en place permettent de tracer et suivre les transmissions liées à chaque patient mais également de se coordonner dans les prises en charge avec un planning de tournée pour chaque patient et chaque professionnel.

Chaque professionnel est invité à réaliser les démarches administratives sur son temps de travail, que ce soit au domicile du patient, sur l'une des antennes de l'HAD ou à son propre domicile, une fois la tournée terminée. En effet, l'autonomie du professionnel lui permet d'organiser son planning afin de réserver des plages horaires en début ou en fin de tournée afin d'effectuer les rédactions nécessaires à la bonne prise en charge du patient.

b. Avantages

Ce mode d'exercice amène des avantages notamment liés à la liberté d'organisation et à l'autonomie nécessaires à l'exécution des missions. Aussi, chaque professionnel, en utilisant les logiciels mis à disposition, peut, à tout moment se tenir informé de la tenue des séances et de l'organisation des soins des patients pris en charge.

Par ailleurs, la diversité de prise en charge implique que les professionnels bénéficient de formations leur permettant de se tenir à jour dans leur connaissance voire de développer de nouvelles compétences en lien avec l'activité du service.

Les séances ont lieu en milieu écologique, au domicile du patient et/ou dans son établissement d'hébergement. Cela permet une réelle adaptation à l'entourage, qu'il soit professionnel ou familial et à l'environnement, qu'il soit privé ou institutionnel. Ainsi, les conseils donnés, les techniques utilisées et les préconisations mises en place sont optimisés et répondent aux besoins et organisations liés au patient de façon précise.

Certains domiciles offrent des conditions d'exercice exceptionnelles avec l'accès à des salles de sport et/ou balnéothérapies quasi privatisées (résidences séniors, équipements individuels)

Les séances se déroulent en individuel strict entre le thérapeute et le patient, pour une durée moyenne de 45 minutes. Les organisations actuelles dans les différents services de rééducation permettent rarement un tel confort de travail.

Par ailleurs, si l'hospitalisation à domicile offre la liberté de gérer son travail en toute autonomie, elle permet également un travail en équipe important qui passe, notamment, par la tenue de staffs pluridisciplinaires hebdomadaires réunissant l'ensemble des disciplines prenant en charge les patients. C'est souvent également l'occasion pour chacun de se réunir sur des temps conviviaux autour d'un déjeuner ou un goûter partagé.

c. Inconvénients

Le mode d'exercice de l'HAD impose que les professionnels travaillent majoritairement au domicile du patient. Ainsi, ils sont soumis aux règles de vie de ce dernier et doivent s'y adapter. Les logements peuvent être précaires voire insalubres. Certaines familles vivent dans des conditions difficilement acceptables pouvant fragiliser les professionnels les plus sensibles.

Ces mêmes professionnels peuvent être impactés par l'isolement lié à la pratique des soins au domicile. En effet, les professionnels ont une grande proximité liée à l'utilisation du téléphone portable mais ils sont seuls face aux patients, à leurs familles et aux problématiques rencontrées.

Par ailleurs, l'exercice au domicile du patient implique que les professionnels ont un temps de travail relativement important dédié aux trajets.

L'absence de plateau technique directement disponible peut également représenter une difficulté dans l'exercice professionnel des masseurs kinésithérapeutes.

d. Profil recherché

La pratique de la kinésithérapie exclusivement au domicile du patient et en toute autonomie nécessite d'avoir du recul sur ses propres pratiques ainsi qu'une capacité d'adaptation et de gestion des situations difficiles. Aussi, cet exercice peut mettre en difficulté des professionnels avec peu d'expérience.

En parallèle, certains professionnels souhaitent quitter le salariat sans pour autant être prêts à développer une activité en libéral. L'Hospitalisation à Domicile de réadaptation est une alternative souvent choisie par les professionnels de l'équipe actuelle.

Les professionnels libéraux souhaitant s'orienter vers une activité salariée tout en conservant l'autonomie liée à l'activité libérale pourront également apprécier ce mode d'exercice.

CONCLUSION

Dans un contexte sanitaire en pleine évolution, l'Hospitalisation à Domicile en Réadaptation apparaît comme une alternative intéressante pour les masseurs-kinésithérapeutes en quête d'un nouveau projet professionnel.



En effet, il allie les avantages du travail en équipe tout en autorisant une complète autonomie pour chaque professionnel.

Les prises en charge sont dites écologiques dans la mesure où elles sont réalisées dans le milieu naturel du patient. Ainsi, la réadaptation est ajustée au patient, à son projet et à ses besoins. L'entourage est également partie prenante de ces prises en charge.

Les professionnels peuvent par ailleurs accéder à un plateau technique de rééducation de qualité et ainsi affiner leurs évaluations par l'utilisation de dispositifs de rééducation innovants.

Céline Rampsacher

ROBOTIQUE, NUMERIQUE, INTELLIGENCE ARTIFICIELLE & KINESITHERAPIE SALARIEE

*L'intention,
le geste,
la trace !*

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



EKINNOX

Suivez le mouvement

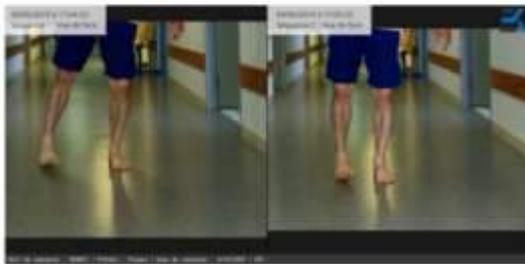


Distribué par :
Médimex
ÉVALUATION - RÉGULATION - MAINTIENNAIRE

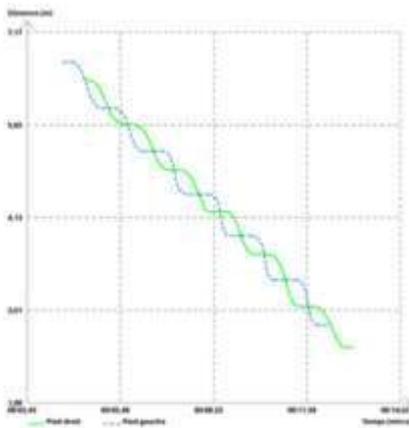
inTrack

Dispositif Médical d'Analyse Quantifiée et Visuelle de la marche

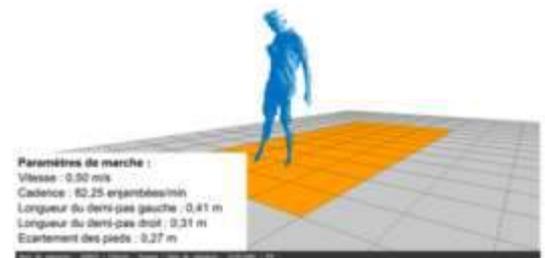
Partenaire
JNKS ROUEN 2023



Fonctionnalités vidéo
(zoom, comparaisons, ...)



Analyse graphique
(longueur/largeur des pas,
angles genoux/hanches)



Paramètres de marche :
Vitesse : 0,50 m/s
Cadence : 62,25 pas/mn
Longueur du demi-pas gauche : 0,41 m
Longueur du demi-pas droit : 0,31 m
Écartement des pieds : 0,27 m

Visualisation 3D



Rapports d'analyses
automatisés et personnalisables

SIMPLE et RAPIDE

Une seule caméra, aucune installation, résultats instantanés

Éligible aux financements des PTS (Analyse quantifiée de la marche, niveau 1) et réalisation d'actes référencés (CSARR et CCAM)

Plus d'informations et démos :

www.ekinnox.com

nicolas.maire@ekinnox.com

+33 (0)6 67 47 58 01

RetEx



Portraits & Parcours

Pedro GONCALVES
Cadre de rééducation
Centre Médical et de Réadaptation des Monts Toulonnais

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 ».

LE DEFI D'INNOVER AVEC INTERET : INVESTIR SUR L'ANALYSE DE LA MARCHÉ

L'établissement

Le Centre Médical et de Réadaptation des Monts Toulonnais est un établissement de soins médicaux et de réadaptation appartenant au Groupe Clinea et idéalement installé dans la ville de Toulon depuis mai 2021. Il est le regroupement de deux établissements de rééducation historiques du bassin Hyérois, l'Institut Hélio-Marin de la Côte d'Azur et le Centre diététique de Saint-Jean.

Dans une même structure le Centre propose des soins de rééducation et de réadaptation aux patients avec des affections de l'appareil locomoteur, neurologiques et des systèmes digestif, métabolique et endocrinien en régime d'hospitalisation complète (avec 200 lits) et d'hospitalisation de jour (environ 40 passages/jour).

Avec une équipe de soins et une équipe médicale spécialisée, un important effectif de rééducateurs, exclusivement salariés, assure la réalisation des projets thérapeutiques des patients.

Cette équipe se compose notamment de 16 masseurs-kinésithérapeutes, 4 ergothérapeutes, 4 enseignants en activité physique adaptée, 4 diététiciennes, des orthophonistes, des brancardiers, des éducateurs sportifs, des assistantes-sociales, une psychomotricienne, des psychologues et une neuropsychologue.

Le plateau technique

Les patients et salariés disposent d'un performant plateau technique avec plusieurs salles de kinésithérapie, des gymnases, des salles de rééducation polyvalentes et des bureaux de consultation.

L'aménagement et l'équipement de ce nouveau plateau de rééducation fut un défi majeur lors du transfert d'activité en 2021.

Une importante réflexion sur les investissements en dispositifs de rééducation a été menée en tenant compte de la spécificité des activités, des contraintes d'espace, du confort des patients, de la qualité de vie au travail des salariés et de la volonté de moderniser le plateau de rééducation – une mission pas simple, compte tenu de l'extraordinaire mais aussi déconcertante offre actuelle en matière de dispositifs de rééducation.

Au-delà de tout le matériel dit « classique » que nous retrouvons dans une salle de rééducation (tables, coussins, ballons, barres et obstacles...), l'établissement est à ce jour équipé de plusieurs outils technologiques d'aide à l'évaluation et à la rééducation :

- l'isocinétisme,
- la thérapie miroir informatisée,
- la thérapie robotisée du membre supérieur,
- un tapis de marche anti-gravité,
- la réalité virtuelle,
- une plateforme de posturographie dynamique
- et dernièrement un dispositif d'analyse de la marche.

La course aux nouvelles technologies : le défi d'innover avec intérêt

Depuis leur existence, les thérapies manuelles, les « exercices thérapeutiques » et la physiothérapie dispensés par les rééducateurs ont été accompagnés d'un important développement de technologies permettant une rééducation plus efficace et variée. Le besoin de prouver l'efficacité de ces thérapies et technologies a également fait évoluer de manière significative les techniques d'évaluation des capacités de nos patients. Ces évolutions ont suivi les changements technologiques de la société jusqu'à l'ère actuelle de la robotique, de la réalité augmentée et de l'intelligence artificielle.

Thérapeutes et institutions sont ainsi confrontés à l'offre grandissante de projets et de très petites ou grandes entreprises nationales et internationales développant et cherchant leur part dans le compétitif marché de la technologie de rééducation.

Pour chaque spécialité de rééducation une panoplie de nouvelles solutions s'offrent à nous dans une course impressionnante et quasiment impossible à suivre pour les thérapeutes et responsables des services.

Dans ce contexte d'offre de solutions, auquel se rajoute la compétitivité et le besoin d'attractivité des établissements et des cabinets de soins, choisir ses investissements est un vrai challenge.

Quelles sont les solutions innovantes les plus intéressantes et adaptées à ce jour ?

Les établissements ou cabinets de rééducation les mieux équipés en nouvelles technologies sont-ils les plus efficaces dans le soin aux patients ?

Sont-ils les plus attractifs pour les kinésithérapeutes ?

Les investissements, parfois colossaux, sont-ils vraiment rentabilisés ?

Les réponses à ces questions ne sont pas binaires et voilà le défi posé : celui de trouver l'équilibre entre intérêt thérapeutique, attractivité et rentabilité lors de l'investissement dans les nouvelles technologies.

Le centre des Monts toulonnais, dans les spécialités et particularités qui sont les siennes, n'échappe pas à cette réflexion quasi permanente et assez propre à chaque établissement.

Le cas de l'analyse de la marche

Dans une structure spécialisée dans la rééducation locomotrice et neurologique comme le Centre des Monts Toulonnais, la rééducation de la marche est vraiment le « cœur du métier ».

La marche est une capacité fonctionnelle complexe, essentielle à notre autonomie et souvent fragilisée par la survenue d'accidents de la vie, par des pathologies et troubles divers et variés.

L'évaluation de la capacité des patients à marcher est un incontournable et fait partie des recommandations de l'HAS¹⁶ ¹⁷. C'est donc pour cette raison que nous avons souhaité doter l'établissement de solutions innovantes nous permettant d'aider les rééducateurs et médecins dans l'évaluation et suivi de la marche des patients.

Dans l'étude du marché des technologies d'analyse de la marche, une solution a attiré notre attention.

Le KinTrack, est un dispositif médical d'analyse quantifiée et visuelle de la marche, développé par une jeune entreprise innovante (la société EKINNOX).

Lauréat du Concours Innovation du congrès SOFMER 2017, le KinTrack est une puissante plateforme qui capte et analyse des vidéos 2D et 3D et mesure les paramètres spatio-temporels de la marche.

Cela est possible à l'aide d'une seule et unique caméra couplée à un ordinateur installé sur un charriot mobile. C'est, en effet, le gros avantage de cette solution d'analyse de marche comparativement à un laboratoire d'analyse de mouvement plus complexe et fixe. Aucune installation n'est requise, ni sur le patient ni sur l'espace d'analyse et les résultats sont disponibles instantanément. La simplicité, la rapidité et le faible encombrement ont été pour nous des critères déterminants.

Retour d'expérience

Installé dans l'établissement en Avril 2023, l'équipe de kinésithérapeutes du Centre des Monts Toulonnais fait encore ses premières expériences avec le dispositif.

Son utilisation se fait ici comme n'importe quel type de test ou outil d'évaluation intégré au bilan du patient à l'initiative du kinésithérapeute. Cette évaluation est particulièrement intéressante et utilisée lorsque la marche est considérée comme le « drapeau rouge » fonctionnel de l'évolution du patient et lorsque que le plan de rééducation vise essentiellement une



¹⁶ SAINT-PIERRE, F., DEVAUD, C., CARDOSO, R., & PAGES, F. (2006). Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient ou monodéficient (p. 3). Technical report, HAS (Haute Autorité de santé).

¹⁷ Service d'évaluation des actes professionnels (2007). Analyse instrumentale de la cinématique de marche. HAS (Haute Autorité de santé).

amélioration des paramètres de marche via des exercices, des mises en situation ou de la réadaptation avec des aides techniques ou de l'appareillage.

Pendant la séance, en salle de kinésithérapie ou dans le couloir, la capture des images se fait en 1 minute. Suit normalement un moment d'analyse des résultats réalisé avec le patient. Cette analyse représente un feedback de très grand intérêt, permettant au patient de constater objectivement ses déficits, son potentiel et son évolution face aux éventuelles évaluations précédentes. Le rapport d'analyse est ensuite exporté et intégré par le thérapeute en PDF dans le dossier patient.

Les freins

Malgré les nombreuses avantages et facilités du dispositif, à ce stade de déploiement son utilisation reste encore faible et à optimiser. Après quelques semaines d'utilisation nous pouvons retenir plusieurs facteurs pouvant expliquer cette sous-utilisation.

Des critères souvent transversaux aux établissements de rééducation et de réadaptation et qui représentent les principaux freins au développement de projets de ce type :

D'abord, le turn-over de l'équipe de kinésithérapie – Un turn-over récent de l'équipe et le manque de formation et/ou investissement des vacataires ou nouveaux éléments présents est, sans doute, un frein aux changements de nouveaux chemins et outils d'évaluation. Avec un impact sur la charge de travail des présents, le turn-over et l'absentéisme diminue le temps disponible pour découvrir et dynamiser l'outil en partageant les compétences d'utilisation en équipe.

L'absence de circuit-patient formalisé – La formalisation d'un circuit-patient qui intègre un protocole d'évaluation de la marche avec le dispositif permettrait d'imposer une évaluation plus systématique et de mieux organiser l'utilisation du dispositif. Cela permettrait également d'assurer l'existence de données d'évaluation initiales pouvant servir de base de suivi de l'évolution du patient pendant le séjour.

Mais également le turn-over et faible implication de l'équipe médicale dans l'utilisation du dispositif – Dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation, le médecin référent est le pilote des projets de rééducation des patients.

L'implication et connaissance de l'équipe médicale dans l'interprétation des résultats fournis par ce type de dispositif est indispensable dans la systématisation et dans l'intérêt des évaluations pour le projet rééducatif du patient.



Les perspectives

L'analyse des difficultés et des freins évoqués précédemment nous mène à une réflexion logique des actions à mener pour optimiser l'utilisation de ce dispositif au profit de la qualité des soins de rééducation réalisés dans notre établissement.

Avec des belles perspectives en ce qui concerne la fidélisation des équipes, nous pourrions nous centrer sur un travail de redynamisation de l'évaluation de la marche à l'aide du KinTrack.

Cette redynamisation passe d'abord par la réalisation de formations aux nouveaux arrivants et un rappel des compétences aux utilisateurs initiaux.

Cette formation doit également joindre l'équipe médicale, notamment dans le domaine de l'interprétation des résultats. Avec des professionnels en capacité et avec l'expérience nécessaire, une réflexion en commun pourra être menée afin de formaliser et partager un circuit-patient qui systématise l'évaluation de la marche via le KinTrack sur les profils-patients homogènes que nous accueillons pouvant bénéficier de cette évaluation. Dans ces circuits-patient, nous pourrions également envisager des explorations plus complètes et coupler l'évaluation de la marche à d'autres dispositifs comme la plateforme de posturographie dynamique.

Enfin, avec une utilisation régulière et systématique de cette méthode d'évaluation, nous pourrions même envisager la participation à des travaux de recherche en collaboration avec les instituts de formation ou la société de développement ; des travaux qui permettraient de soutenir l'intérêt de nos protocoles de rééducation dans les troubles de la marche mais aussi l'intérêt global de l'utilisation de technologies d'analyse instrumentale de la cinématique de marche.

Kintrack - Caractéristiques spécifiques

Paramètres spatio-temporels mesurés

- Vitesse / cadence de marche
- Longueur / largeur des pas
- Temps et proportion de simple/double appuis

Analyse cinématique

- Genou et hanche

Fonctionnalités vidéo

- Lecture image par image
- Comparaison de vidéo (en parallèle)
- Zoom automatique
- Visualisation 2D / 3D

Evaluation fonctionnelle intégrée

- Timed Up and Go
- Tinetti

Génération automatisée de rapports

Vidéos, résultats et rapports d'analyse facilement accessibles et exportables.

PRAT^{SCOPE}_{ICO}

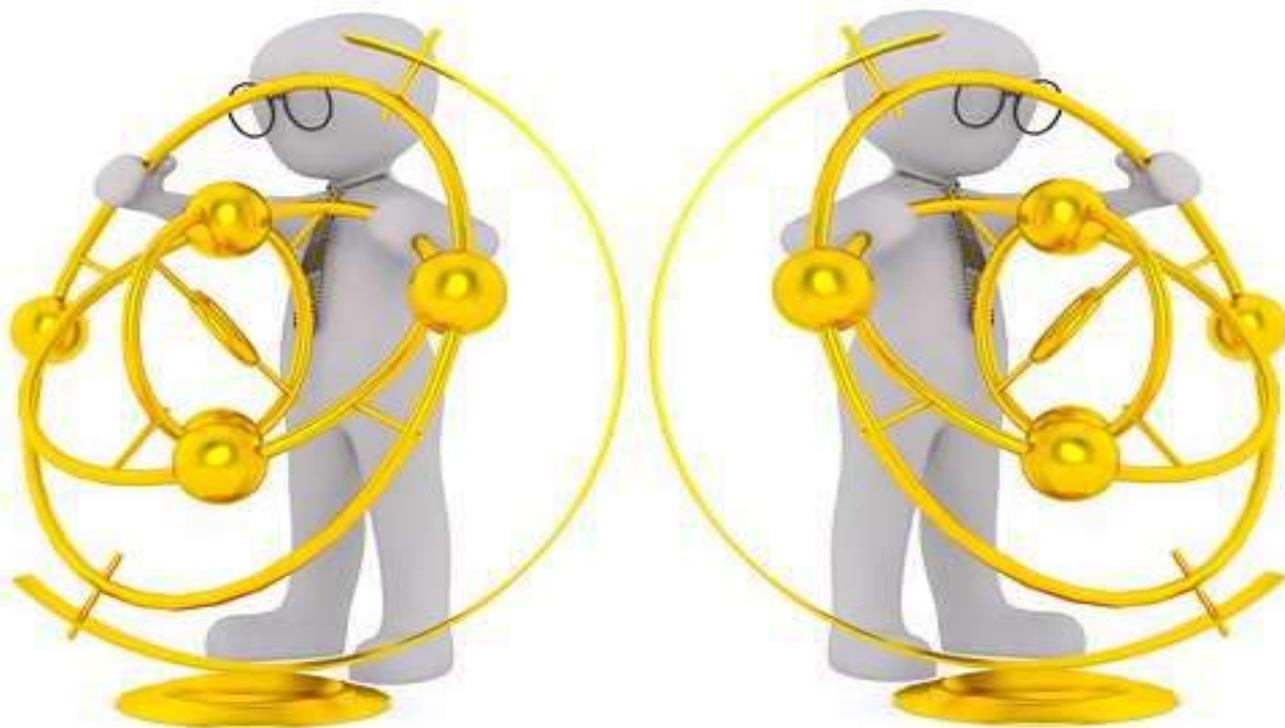


La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de d'éclairer

- 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



Partenaire
JNKS ROUEN 2023



THERA-Trainer France est une entreprise qui propose des solutions innovantes pour la rééducation de la marche, la mobilisation et la mobilisation précoce. Nous améliorons la qualité de vie des patients en leur offrant des technologies avancées, pour une récupération plus rapide et plus efficace. Avec une équipe dévouée et une gamme de produits de qualité, nous sommes fiers de jouer un rôle actif dans le domaine de la mobilisation. Nous proposons des dispositifs et solutions pour toutes les phases de la rééducation et partageons avec vous les dernières découvertes scientifiques dans le quotidien thérapeutique.

THERA
TRAINER
LIFE IN MOTION
tél : 03 91 89 73 06
mail : secretariat@thera-trainer.fr

Nouveau ! THERA-Trainer senso

Le **THERA-Trainer senso** améliore l'activité cognitivo-motrice : Performances cognitives (concentration, attention, actions orientées vers un but et coordination, par exemple). Compétences motrices (force, endurance, équilibre, contrôle postural, temps de réaction et vitesse de marche, par exemple)



THERA-Trainer coro

THERA-Trainer balo

THERA-Trainer verto

Appareils modulaires de verticalisation

Verticalisation précoce et entraînement de l'équilibre dynamique et sécurisé. Avec un maximum de liberté et un minimum de risques. Cela crée les conditions nécessaires de l'indépendance, de la participation active et de la qualité de vie.

La gamme Standing & Balancing comprend : le THERA-Trainer balo, le THERA-Trainer coro et le THERA-Trainer verto

Logiciels thérapeutiques

THERA-soft est un logiciel de thérapie et de documentation spécialement conçu pour les dispositifs THERA-Trainer de la gamme Cycling et Standing.

En fonction du contexte de traitement et de l'objectif thérapeutique, l'association du logiciel THERA-soft et d'un dispositif THERA-Trainer offre une variété de tâches d'exercices et un affichage du biofeedback qui favorise la rééducation des facultés motrices et motive les patients à faire l'exercice avec plaisir. La base de données patients intégrée permet de conserver les séances de patients.



Robot effecteur à la marche

THERA-Trainer lyra est un robot de rééducation de la marche à effecteur pour le mouvement des membres inférieurs.

Ce dispositif est destiné à la rééducation de la marche avec délestage de poids chez les patients à mobilité réduite. La réduction de la mobilité du patient peut être le résultat d'atteintes cérébrales, spinales ou neurologiques. Un dispositif indispensable pour la plasticité neuronale.

Entraîneurs thérapeutiques motorisés

Ils permettent d'effectuer une activité physique dans toutes les conditions et en parfaite sécurité, ils sont particulièrement adaptés aux personnes à mobilité réduite et tout spécialement aux fauteuils roulants. Avec les entraîneurs, vous avez la possibilité de faire des mouvements motorisés (passifs), assistifs ou actifs (avec votre propre force musculaire) avec un seul appareil.

La gamme Cycling comprend : le THERA-Trainer tigo, le THERA-Trainer mobi et le THERA-Trainer bemo.



THERA-Trainer tigo



THERA-Trainer mobi



THERA-Trainer bemo

PRA^{SCOPE}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

Pourquoi la recette miracle n'existe pas en kinésithérapie ?

Guillaume THIERRY
Cadre de Rééducation

« Comment faire pour... ? ».

Chaque fois qu'un étudiant entame une question avec ces mots, je sais d'emblée que ma réponse se résumera souvent à un « cela dépend » et qu'elle risque de ne pas répondre à ses attentes.

Que ce soit durant les travaux dirigés en IFMK ou au cours de stages, que la question émane d'un étudiant en première année ou en dernière année ; lorsqu'il s'agit d'aborder la pratique de la kinésithérapie, cette interrogation revient systématiquement.

Et l'attente de l'étudiant reste toujours la même : une réponse simple, scientifiquement fiable et valide, facilement reproductible, avec une efficacité statistique ou cliniquement significative démontrée, applicable en toute circonstance, et idéalement pour tous les patients.

Un peu comme si l'on attendait une recette miracle ou une formule mathématique.

Cependant, je pense qu'une telle formule n'existe pas.

Le 5 juillet 1686, la Royal Society a accordé son imprimatur, une sorte d'approbation ecclésiastique et académique, pour la publication de ce qui allait devenir un traité scientifique de référence : le « Philosophiæ Naturalis Principia Mathematica », également connu sous le nom de « Principes mathématiques de la philosophie naturelle », rédigé par Isaac Newton.

Ce travail monumental ne se contente pas moins d'énoncer les lois fondamentales du mouvement et la loi de la gravitation. À travers cette œuvre, Isaac Newton a été un des pionniers de la théorisation des phénomènes naturels à l'aide de formules mathématiques. Durant nos années de collège et de lycée, nous avons tous appliqué ces formules dans des exercices pour obtenir, presque miraculeusement, le résultat voulu.

En IFMK, nous abordons les lois du mouvement de Newton afin d'expliquer d'importants principes biomécaniques. Par exemple, les muscles qui agissent en freinant le mouvement lors de la marche ou les muscles appelés « antigravitaires » trouvent leur justification dans le principe d'inertie et dans la loi fondamentale de la dynamique. La manière dont les muscles sont sollicités lors de différentes techniques de renforcement musculaire est également largement expliquée en utilisant le principe des actions réciproques.

Cependant, il est indéniable que ces lois de la physique newtonienne ont leurs limites, car dans notre pratique quotidienne, nous observons que le mouvement et sa rééducation sont influencés par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux tout aussi cruciaux. Et ces facteurs dépassent largement le cadre d'une simple formule mathématique.

La complexité du réel face à la quête de vérités Si vous vous représentez la personne qu'était Isaac Newton, il est probable que vous imaginiez un homme de science, à l'esprit tourné vers les mathématiques, la physique et l'astronomie.

Cependant, ce n'est qu'un aspect de sa personnalité. En réalité, Isaac Newton, qui se définissait comme un philosophe de la nature, a consacré de nombreuses décennies à faire des exégèses bibliques et à étudier l'alchimie. Dans l'Angleterre du XVII^e siècle, ses croyances religieuses hétérodoxes et ses travaux sur alchimie auraient pu mettre en péril sa crédibilité et son poste au Trinity College, voire l'exposer à des sanctions judiciaires sévères. Par conséquent, Isaac Newton a mené ses recherches dans ces domaines en secret et n'a rien publié de son vivant à leur sujet.

Malgré cela, les historiens et les biographes contemporains estiment que les travaux de Newton en mathématiques et en physique ont été façonnés par sa vision unitariste de la religion chrétienne, ainsi que par son intérêt sur la théorie alchimique de la nature corpusculaire de la matière. En effet, toutes ces recherches semblaient découler de son aspiration à atteindre une forme de vérité générale, de vision globale du monde que certains appelleront plus tard une « théorie du tout ». Alexandre Koyré, un historien et philosophe des sciences ayant réédité le traité « Principia mathematica » dans les années 1970, dira à propos de la volonté des physiciens, comme Newton, de décrire les phénomènes naturels grâce à des formules mathématiques, qu'elle est une tentative « d'expliquer le réel par l'impossible ».

Il y a en effet un paradoxe à la fois subtil et évident entre ce que les formules mathématiques nous démontrent, et la réalité que nous observons et que nous expérimentons au quotidien.

Pour illustrer ce point, prenons l'exemple d'un ballon de football. Si vous le frappez, celui-ci roulera en suivant un mouvement rectiligne uniforme tant qu'aucune force n'exerce son influence. Ce phénomène est régi par le principe d'inertie, et il a été démontré par des mathématiquement. Cependant, ce que vous venez d'imaginer avec ce ballon relève uniquement d'une expérience mentale ! Dans la réalité, il est impossible d'observer le mouvement inertiel pur de ce ballon, car des forces extérieures agissent en permanence sur lui.

En somme, il est important de ne pas considérer les lois physiques ou les formules mathématiques comme des recettes miracles qui expliquent chaque aspect observable ou expérimentable du monde qui nous entoure. Elles sont plutôt des représentations qui nécessitent une recontextualisation pour être appliquées à la réalité. De fait, ce sont les observations et les expérimentations qui ont progressivement mis en lumière les limites de la mécanique newtonienne et de la loi universelle de la gravitation.

Cette remise en question a atteint son apogée en 1915, lorsque le physicien Albert Einstein a introduit sa théorie de la relativité générale. Cette théorie a radicalement révolutionné notre compréhension de la gravitation en proposant une explication totalement différente, ébranlant ainsi profondément la vision newtonienne du monde.

De l'importance des trois piliers de l'EBP
Lorsqu'un étudiant me demande comment faire pour placer ses mains, ou comment faire pour appliquer une force suffisante afin de réaliser telle ou telle technique de thérapie manuelle ou de rééducation, la réponse que je donne pourrait être qualifiée de newtonienne.

Si ma réponse est basée uniquement sur les données scientifiques, je pourrais facilement expliquer et justifier ce que je fais et ma réponse pourra sembler fiable, valide et reproductible, mais à mes yeux, elle demeurera incomplète.

In fine, les études scientifiques qui soutiennent notre pratique raisonnée de la kinésithérapie sont une façon d'analyser la pratique de la kinésithérapie ou d'établir des lignes directrices à l'aide d'outils statistiques, ce qui implique l'utilisation de concepts mathématiques.

S'appuyer uniquement sur ces données pour savoir « comment faire... » revient à « expliquer le réel par l'impossible », à l'instar de la manière dont les physiciens expliquent les phénomènes naturels au moyen d'équations mathématiques.

Si je répons du point de vue d'un kinésithérapeute expérimenté, je pourrais discuter de la perspective globale que j'ai acquise des patients, de leurs vécus, des pathologies et de leurs traitements en kinésithérapie.

Cependant, cela nécessite de mettre en avant un savoir-faire, qui s'est développée au fil des années de pratique et dans le contexte particulier, secret, et difficilement transmissible de la relation thérapeutique.

Il est de plus forcément subjectif, non systématique et largement influencé par mes propres expériences, mes observations et réflexions personnelles et les modèles théoriques auxquels je me réfère, formant ainsi mes convictions sur la nature de la personne en face de moi et de ses déficits.

De ce fait, mon savoir-faire peut se heurter à celui d'autres praticiens et ne peut pas être érigé comme une vérité absolue.

Enfin, si je me mets à la place du patient, je dois considérer son vécu, ses valeurs, ses croyances, sa propre perception de ses capacités et de son état de santé – en somme, son état bio-psycho-social. Tous ces éléments vont inévitablement façonner mon approche thérapeutique de manière parfois significative.

La véritable réponse est certainement quelque part, au croisement de ces trois points de vue.

Et vous, comment faites-vous pour répondre à cette question ?

Pour aller plus loin : Pallot A. Evidence Based Practice en rééducation: Démarche pour une pratique raisonnée. 2019, 978-2294763465.



2014 : Diplôme d'Etat de Kinésithérapie

2014-2020 : Kinésithérapeute libéral

2018-2019 : Référent pédagogique IFMK Dijon

Depuis 2017 : Enseignant vacataire IFMK

Depuis 2021 : Responsable Service Rééducation et Cadre de rééducation (Département 50)

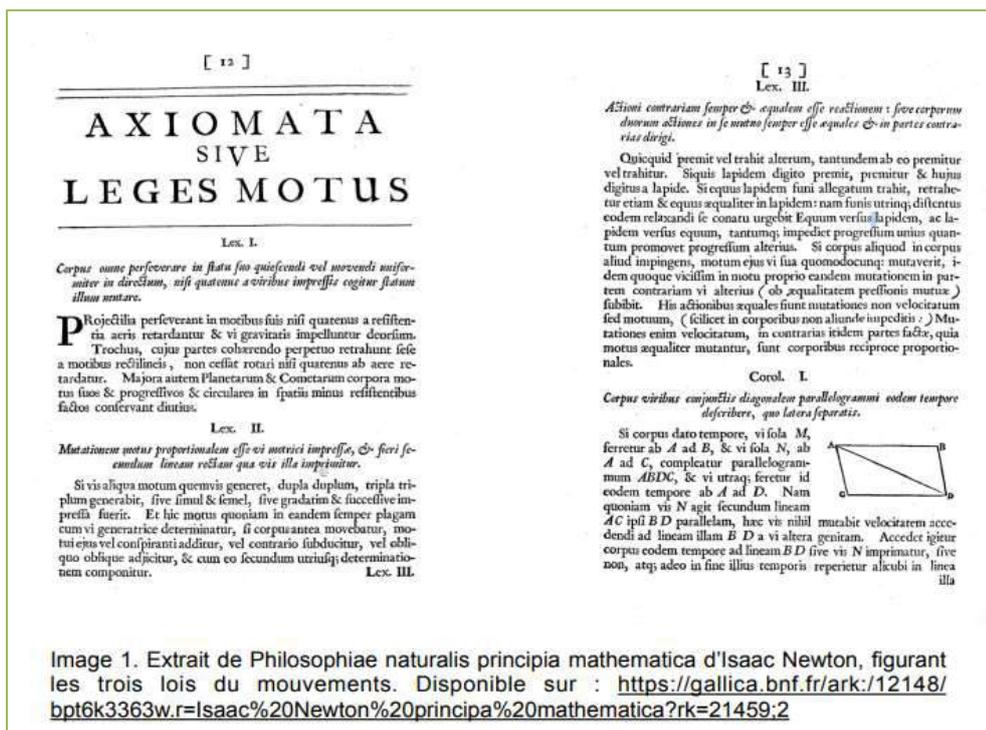


Image 1. Extrait de Philosophiæ naturalis principia mathematica d'Isaac Newton, figurant les trois lois du mouvement. Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3363w.r=isaac%20Newton%20principia%20mathematica?rk=21459:2>

Et si l'intelligence artificielle permettait de transformer l'expérience patient en levier d'amélioration continue de la qualité ?

Guillaume Rousson^{1,2}, Guillaume Bezie¹, Catherine Cerisey¹, Yann Le Gars¹

1- EntendsMoi – Sainte-Foy-lès-Lyon – France
2- Laboratoire de recherche Magellan et Chaire Valeurs du soin – Université Jean Moulin Lyon 3 – IAE Lyon school of management – Lyon – France

✉ **Guillaume Rousson** – EntendsMoi – 21, rue du Brulet – 69110 Sainte-Foy-lès-Lyon – France – E-mail : guillaume.rousson@entendsmoi.fr

Pourquoi s'intéresser à l'expérience patient ?

L'expérience patient a été définie, au début des années 2010, par le Beryl Institute comme « l'ensemble des interactions, façonnées par la culture d'une organisation, qui influencent les perceptions des patients, tout au long de son parcours de santé » [1]. Mais pourquoi l'expérience patient doit-elle intéresser les directions et plus largement l'ensemble des professionnels de santé ? Car, année après année, chaque acteur de la santé devra faire sa transition vers un nouveau modèle de financement, où l'acte réalisé ne sera plus le seul critère. La qualité des soins et plus largement la valeur, évaluée notamment du point de vue du patient, deviendra une part non négligeable des indicateurs permettant de calculer la rémunération de chacun [2]. Cette vision n'est ni utopique, ni futuriste. Elle est déjà en cours d'expérimentation, dans le cadre de l'article 51¹, notamment pour plusieurs épisodes de soins, tels que les chirurgies pour une prothèse de hanche ou de genou [3].

1- Afin de promouvoir l'innovation en santé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations et modalités de financement. Un dispositif qui porte le nom « article 51 » en référence au numéro de l'article régulant ce dispositif.

C'est également dans cet objectif, que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a décidé d'augmenter significativement le budget dédié à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), pour atteindre un milliard d'euros par an, dans les prochaines années [4]. Nous pourrions également parler de cette même évolution pour les rémunérations des professionnels de santé en structure d'exercice coordonnée, qu'il est notamment possible d'observer pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles [5].

Comprendre, du point de vue du patient, la valeur que chaque épisode (et un jour chaque parcours) de soin lui apporte, en termes de résultats sur sa santé et comprendre l'expérience qu'il a vécue (les deux étant fortement liés [6]), devient donc une nécessité pour tous les acteurs de la santé. Il est d'ailleurs maintenant demandé explicitement, à tous les établissements de santé soumis à la certification qualité de la Haute Autorité de Santé, d'évaluer « le résultat, non seulement en termes de santé pour le patient mais aussi en termes d'appréciation du parcours dans l'établissement » [7].

Mais alors comment faire ? Comment recueillir l'expérience de chaque patient ?

De nombreuses méthodes existent, des plus généralisables, comme l'enquête par questionnaire, jusqu'aux plus descriptives, comme l'entretien individuel avec un patient (Figure 1). Cependant, d'après le rapport de 2013 de The Health Foundation à ce sujet [8], il n'existe aucune méthode permettant d'atteindre ces deux objectifs en même temps...

Et si maintenant, 10 ans après, ce rêve était devenu réalité ? C'est ce que nous avons souhaité chez EntendsMoi, depuis janvier 2021, et nous allons vous expliquer comment nous avons rendu cela possible, pour plus d'une vingtaine d'éta-

Figure 1 – Exemples de méthodes utilisées pour mesurer l'expérience patient.



Graphique traduit et adapté de Measuring patient experience - The Health Foundation [Internet]. Accessible à : <https://www.health.org.uk/publications/measuring-patient-experience> (Consulté le 30-05-2023).

2 En direct de... EntendsMoi

blissements de santé à ce jour.

Transformer le vécu des patients en indicateurs de prise de décision

Tout a commencé lorsque nous nous sommes intéressés au questionnaire national de satisfaction et d'expérience patient, proposé par la Haute Autorité de Santé depuis 2016 : e-Satis. Grâce à celui-ci, les patients peuvent partager leur vécu, via un questionnaire qui comporte une soixantaine de questions fermées, et qui se termine par deux questions ouvertes [9]. Deux questions qui semblent anecdotiques, au point qu'elles ne sont pas obligatoires pour valider le questionnaire, mais qui génèrent tout de même, chaque année, des centaines voire des milliers de verbatims par établissement. Des mots de patients, des récits de leur expérience, qui sont mis à disposition des établissements. Mais alors, comment permettre aux professionnels des établissements de prendre en compte tous ces retours partagés par les patients, sans passer par des analyses et des diffusions manuelles chronophages ?

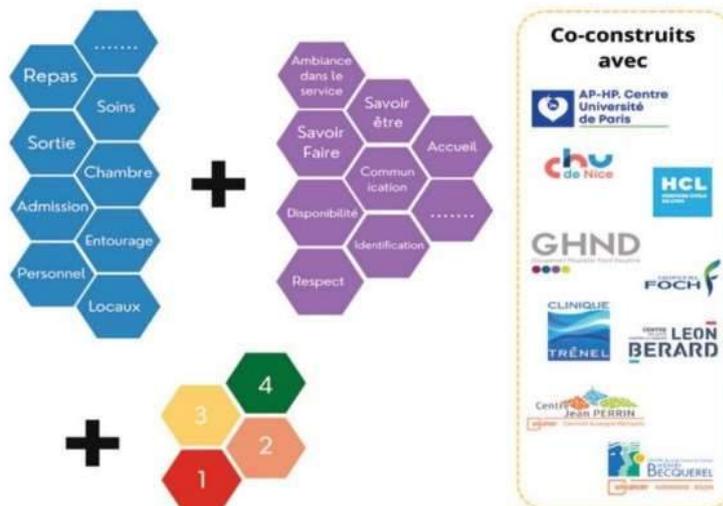
C'est convaincu que l'intelligence artificielle, en particulier le traitement automatique du langage naturel, allait permettre de répondre à ce problème que le projet Entends-Moi a démarré. Dès sa création en 2021, nous avons tenu à collaborer avec neuf établissements de différents profils : trois centres hospitaliers universitaires, un groupement hospitalier de territoire, un établissement de santé privé d'intérêt collectif, une clinique privée et trois centres de lutte contre le cancer. Ces collaborations ont permis aux cinq fondateurs (deux professionnels de santé, deux patientes expertes et un ingénieur) d'avoir accès à des bases importantes de données de verbatim patients, condition néces-

saire pour construire une grille d'analyse cohérente par rapport à la réalité des patients et des algorithmes d'analyse performants. La création de cet outil a respecté de bout en bout une logique de co-construction. Des professionnels soignants et administratifs, des représentants d'usagers et patients partenaires ont été sollicités régulièrement pour enrichir et valider la grille d'analyse, concevoir les interfaces d'utilisation du produit et tester l'intégration de l'outil dans le quotidien des équipes. Ces collaborations ont permis le développement de Verbatim.Care, une plateforme en ligne, hébergée sur des serveurs français en hébergement de données de santé (HDS), destinée aussi bien aux professionnels de la qualité et de l'expérience patient qu'aux cadres soignants et administratifs. La plateforme centralise l'ensemble des verbatims des patients issus de multiples sources de l'établissement (questionnaires e-Satis, questionnaires de sortie, avis sur les pages Google de l'établissement) et permet également un recueil numérique complémentaire grâce à un générateur de questionnaire intégré à la solution. Elle propose des tableaux de bord interactifs et intuitifs, composés d'indicateurs concrets et des mots des patients (verbatim). Ils permettent aux utilisateurs d'identifier facilement des actions d'amélioration à tous les niveaux et à tous les moments du parcours.

Travailler avec et pour les patients

Le partenariat patient-professionnel de santé fait partie de l'ADN d'EntendsMoi. Il était donc impossible de créer un algorithme de traitement automatique du langage pour l'analyse de l'expérience patient, sans la participation active des patients. C'est en partant de leur parole, grâce à près de 100 000 verbatims e-Satis, issus des neuf établissements

Figure 2 – Extrait de l'ontologie co-construite avec neuf établissements.



pilotes, que nous avons travaillé, en regards croisés patients et professionnels de santé, pour créer une ontologie (grille d'analyse) dédiée. La lecture, pendant plusieurs mois, de la moitié de ces commentaires libres, soit près de 50 000 verbatims, nous a permis de faire émerger une dizaine de thèmes qui étaient abordés par les patients hospitalisés, comme les relations avec le personnel, le vécu des soins, la vie dans la chambre ou les locaux, etc. ; et 50 sous-thèmes, que nous avons nommés leviers d'action, comme le vécu par rapport au savoir-faire ou savoir-être des professionnels, la prise en charge de la douleur, la saveur ou l'adaptation des repas, etc. Enfin le niveau de ressenti exprimé par les patients, a été divisé en quatre niveaux, pour qualifier les expériences de très négatif (1/4) à très positif (4/4). Une ontologie qui a été testée et enrichie lors des ateliers de co-construction dans les neuf établissements pilotes (Figure 2).

Passer d'un outil à un changement des pratiques

Déployer et accompagner l'utilisation d'une solution innovante est un processus complexe, mais crucial pour maximiser l'impact de celle-ci. Pour réussir le déploiement, il est important de travailler étroitement avec les utilisateurs et l'ensemble des parties prenantes pour comprendre leurs besoins et leurs défis. Cette étape doit permettre d'intégrer la solution dans leur flux de travail existant, en formant les utilisateurs et en restant à leur disposition pour les soutenir. C'est d'autant plus important dans le cas de notre solution que la prise en compte des verbatims des patients, donc d'indicateurs qualitatifs (des mots), est souvent une nouveauté pour les équipes des établissements, qui sont plutôt

habituées à orienter leurs décisions sur la base d'indicateurs quantitatifs (des chiffres), notamment de satisfaction [10]. D'autre part, les scores de satisfaction traditionnels, issus de questions fermées, sont par nature positifs, voire très positifs. En complément, les indicateurs de la plateforme donnent une vue plus contrastée de l'expérience partagée par les patients : il y a des verbatim positifs et négatifs dans toutes les thématiques. Ce constat s'explique également par la présence systématique dans les questionnaires, de questions ouvertes concernant les éléments positifs et négatifs qui caractérisent l'expérience de chaque patient. Pour avoir une véritable transformation des pratiques grâce à la prise en compte de l'expérience patient, les professionnels de terrain doivent avoir accès à des informations utiles pour eux, donc à l'analyse de l'expérience des patients passés par leur unité ou service [10]. C'est pour cette raison qu'EntendsMoi a également travaillé avec des cadres de santé, pour co-construire avec eux des tableaux de bord adaptés, incluant des visualisations pour les équipes, telle qu'une représentation en Top 5 (Figure 3).

Enfin, l'expérience patient et sa prise en compte étant un changement majeur qui doit donc obligatoirement être accompagné, nous avons, dès le lancement de la plateforme, décidé de réunir ses utilisateurs au sein d'un club. Ce groupe permet notamment aux professionnels de la qualité, de l'expérience patient mais également aux managers de proximité de s'inspirer de l'expérience d'autres professionnels, avec des conférences d'experts nationaux et internationaux, et de développer leurs connaissances, grâce à une veille scientifique réalisée tous les mardis sur la page LinkedIn d'EntendsMoi.

Néanmoins, l'appropriation dépend également de l'enga-

Figure 3 – Exemples de tableaux de bord présents dans le logiciel Verbatim.Care.



4 | En direct de... EntendsMoi

gement des porteurs du projet en interne, généralement la direction qualité. Grâce à leur proximité avec les équipes dans les services, les référents qualité deviennent un acteur clé dans l'accompagnement à l'utilisation de la plateforme et surtout à la communication des résultats des analyses et à la mise en place éventuelle d'actions d'amélioration. EntendsMoi, du point de vue de ses utilisateurs, c'est :

- « Une solution numérique d'avenir qui permet de rendre plus robuste l'analyse des verbatims. Elle permet d'éclairer notamment les zones d'ombre de l'expérience patient grâce au traitement automatique du langage et l'objective à l'aide d'indicateurs. Notre établissement peut aujourd'hui analyser plus de 18 500 retours patients. » Nathalie Bass, Directrice chargée de la recherche clinique, de la qualité et des risques et des relations avec les usagers à l'Institut mutualiste Montsouris.
- « Pour faire progresser l'établissement et être au maximum de la satisfaction du patient, tout en faisant participer les acteurs internes de la clinique. » Bruno Masson ; directeur général de la clinique Trenel.
- « Un vecteur auprès des équipes pour remettre de la

dynamique et de la motivation dans les prises en charge. » Richard Rolland, Coordonnateur gestions des risques et qualité au groupement hospitalier Nord Dauphiné (GHND).

- « Pour mettre à disposition de la gouvernance comme des acteurs de terrain médicaux et soignants des outils de pilotage ergonomique. » Monique Mazard, Directrice du pôle Parcours patients au CHU de Nice.

Remerciements

EntendsMoi remercie les neuf établissements pilotes qui ont participé au co-développement de Verbatim.Care : le CHU de Nice, l'Institut Paris Carpelem de l'APHP, le groupement hospitalier Nord Dauphiné, les Hospices civils de Lyon, la clinique Trenel, l'hôpital Foch, le centre Leon Berard, le centre Henri Becquerel et le centre Jean Perrin. EntendsMoi remercie également les sept membres de son board d'experts franco-québécois pour leurs conseils avisés : Eva Villalba (Québec), Pierre Daems (France-Québec), Alexandre Berkesse (France-Québec), Nicolas Brun (France), Vincent Lautard (France), Razak Elafi (France) et Lionel Reichardt (France). ■

Références

- 1- Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining Patient Experience. *Patient Exp J* 2014;1(1):7-19.
- 2- Le Guludec D, Ceretti AM, Lyon-Caen O. Stratégie de transformation du système de santé - inscrire la qualité et la pertinence au coeur des organisations et des pratiques. Paris; 2018. 30 p. Accessible à : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/inscrire-la-qualite-et-la-pertinence-au-coeur-des-organisations-et-des> (Consulté le 30-05-2023).
- 3- Rochaix L, Grenier C, May-Michelangeli L. De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé. *J Gest Economie Santé* 2020;4(4):221-241.
- 4- Arrêté du 31 décembre 2022 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé. JORF n°0001 du 1 janvier 2023. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000046851055> (Consulté le 08-06-2023).
- 5- Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017. JORF n°0178 du 3 août 2022. 15 p. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=oQu3Y-LjnZuzins8OYKWD97AT-0LJhtEsCt3uLL5aMg=> (Consulté le 06-06-2023).
- 6- Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3(1):e001570.
- 7- Haute Autorité de santé. Manuel et référentiel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins (Version 2023). Saint-Denis, septembre 2023. p. 20. Accessible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf (Consulté le 06-06-2023).
- 8- Measuring patient experience - The Health Foundation [Internet]. Accessible à : <https://www.health.org.uk/publications/measuring-patient-experience> (Consulté le 30-05-2023).
- 9- Haute Autorité de santé. IQ55 - e-Satis: mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés [Internet]. Saint-Denis, 16 mars 2023. Accessible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iq55-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises (Consulté le 30-05-2023).
- 10- Khanbhai M, Flott K, Manton D, et al. Identifying factors that promote and limit the effective use of real-time patient experience feedback: a mixed-methods study in secondary care. *BMJ Open* 2021;11(12):e047239.

REFORME DES RETRAITES

Réforme des retraites 2023 : changements pour les agents de la Fonction publique hospitalière ?

Les deux premiers textes d'application de la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la Sécurité sociale pour 2023 ont été publiés au **Journal officiel le 4 juin 2023**. Ils entrent le 1er septembre 2023 et concerneront le relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits à une pension de retraite. De nouvelles dispositions s'appliquent aussi aux départs anticipés pour carrières longues.

Comment ces décrets affectent-ils les agents de la FPH ? De la même façon pour la catégorie « sédentaire » ou « active » ?

QUI EST CONCERNÉ PAR LES DÉCRETS PUBLIÉS LE 4 JUIN 2023 & QUELLES NOUVELLES RÈGLES APPLICABLES POUR L'ÂGE D'OUVERTURE DES DROITS À LA PENSION DE RETRAITE

Le décret n° 2023-435 du 3 juin 2023 est relatif au relèvement progressif de l'âge de l'ouverture des droits à la retraite. **De 62 ans, il passe à 64 ans** selon un calendrier précis : cela concernera tous les assurés en 2030.

A PARAÎTRE DANS LE PROCHAIN KINESCOPE UN DOSSIER POUR ACCOMPAGNER VOS REFLEXIONS SUR :

- La situation et les changements pour les personnels de la catégorie active de la FPH ;
- la situation et les changements pour des personnels de la catégorie sédentaire De la FPH ;
- Le nombre de trimestres pour l'obtention de la retraite à taux plein ;
- les nouveautés pour l'obtention de retraite anticipée....
-

Tous les agents hospitaliers sont concernés par la réforme de la retraite : la pension de retraite est inférieure entre 25 % et 30 % en moyenne du montant du dernier salaire.

il est important de s'en préoccuper et de se constituer, pendant sa vie active, une épargne retraite..

Plusieurs organismes peuvent répondre à vos attentes : le CGOS mais aussi des mutuelles et assurances privées.



oui, votre retraite peut ressembler à celle dont vous avez *rêvé*

Votre conseiller MACSF vous accompagne pour :

- ✓ estimer vos revenus et vos futurs besoins à la retraite,
- ✓ adapter votre stratégie d'épargne avec des solutions évolutives,
- ✓ optimiser votre fiscalité selon votre situation.

Ensemble, prenons soin de demain

Pour tout savoir sur notre offre,
flâchez ce code

**3233**Service gratuit
+ prix appel**mactf.fr**

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.*





NUMÉRIQUE AU TRAVAIL & SANTE

Le multitasking ou multitâche progresse avec les technologies depuis le confinement et l'avènement du télétravail : participer à « plusieurs » réunions en même temps du fait entre autres de la visio conférence par exemple.

Cette propension a été étudiée par l'Observatoire de l'infobésité et de la collaboration numérique (OICN) : 21 % des réunions acceptées se chevauchent.

Les personnes interrogées dans cette étude envoient 1,1 mail par heure de réunion en moyenne et plus de 51 % de ces missives obtiennent une réponse en moins d'une heure et 70 % des destinataires interrompent leur tâche lors de la notification d'un message !

Les tâches de quinze à vingt minutes dans les années 80, sont expédiées en moins de cinq minutes aujourd'hui. Les conséquences individuelles et les effets collectifs sont d'ores et déjà perceptibles : « réunions vides de sens où l'organisateur monologue face à des caméras éteintes et où les participants semblent frappés d'incapacité à formuler une réponse pertinente quand on leur pose une question alors qu'ils n'ont manifestement rien suivi ? Et que dire de tous les "Bien reçu. Je reviens vers vous!" envoyés dans la minute pendant une réunion avant d'oublier purement et simplement la promesse ? Du temps perdu à envoyer des relances multiples ? » commente Anne Caroline Sandrau Gruber de l'IGAS

<https://lnkd.in/erhgWEF2>

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)

l'usage d'une semelle de mesure de la pression d'appui dans
l'activité collective de rééducation

Normes et standards de la marche symétrique. Ethnographie de



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

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> .

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)*



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.



Améliorer votre pratique avec des données objectives et précises



Bouger

Un bilan biomécanique, c'est mesurer divers paramètres (orientations, forces, vitesses, taux de charge...)



Partenaire
JNKS ROUEN 2023



Analyser

Des capteurs enregistrent les mouvements les plus complexes

Ils fournissent une analyse immédiate en temps réel sur le terrain

Des bandes Velcro garantissent le placement correct des capteurs tout au long de l'exercice.



Apprendre

Un feed-back personnalisé, en temps réel & accessible à distance

Des mesures objectives, précises, permettent de suivre l'évolution de l'état du patient, partageables avec les autres professionnels de santé



Venez nous retrouver à l'occasion des JNKS 2023, les 5 et 6 octobre à Rouen



myoTACT

Un dispositif médical unique pour
les personnes amputées et
hémiplégiques post-AVC !

Partenaire
JNKS ROUEN 2023



EMG

8 capteurs électromyographiques
synchronisés et cadencés à 2000Hz

IMU

1 centrale inertielle 9 axes,
cadencée à 1000Hz

VIBREURS

8 vibreurs pilotés en intensité et en durée

www.myotact.com

