

# Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

et aux hospitaliers ukrainiens

n° 28

nov. 2023



## KINESI THERAPIE THERAPEUTE SALARIE.E

# C'est faire équipe & être aux côtés de...

**JNKS 2023**

en bref

Parlons-en encore  
(cf. K28 supplément)

**JNKS 2024**

**Nantes**

en perspective

Parlons-en déjà  
rubrique ASSOSCOPE

**cnks**

Collège National de la  
Kinésithérapie Salariée

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

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

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



## SOMMAIRE

<b>PERISCOPE</b> l'édito de <b>V. Martel</b> Vice-Présidente	p.03 & 04
<b>RUBRIQUE KALEIDOSCOPE</b> Faire équipe et être aux cotés des ...patients <b>G. Rousson / G. Thierry / FHS</b> Annonce des journées de l'AHREK : <b>EBM / EBP or EB HUMAN ?</b>	p.06 p.07 à 15 p.16
<b>RUBRIQUE DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE &amp; RECHERCHE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• La recherche c'est quoi ? 1<sup>ère</sup> partie <b>La rédaction</b></li><li>• RETEX : recherche paramédicale au <b>CHU de Rennes</b> <b>Sophie Hameau &amp; C°</b></li><li>• RETEX : recherche paramédicale dans le Nord-Pas de Calais <b>Isabelle Grit &amp; Véronique Cabaret</b></li></ul>	p.17 p.18 à 20 p.21 à 24 p.25 à 30
<b>PRATICOSCOPE</b> <b>Nomenclatures en réadaptation : le moment de vérité</b> <b>Jean Pascal Devailly</b> <b>RETEX : le service de MPR du CHU de TOURS</b> <b>Axel Di Vitorio</b>	p.33 p.34 à 41 p.42 à 48
<b>RETROSCOPE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Faire équipe et être aux cotés des ...étudiants stagiaires <b>Véronique Grattard</b></li><li>• RETEX accompagnement de stage au <b>CH Auxerre</b> <b>Renaud Dudouet</b></li><li>• RETEX accompagnement de stage à l'Hôpital <b>Leon Bérard</b> <b>Servanne Prieu</b></li><li>• RETEX accompagnement de stage au <b>CH Darmetal</b> <b>Frédéric Desramault</b></li></ul>	p.50 p.51 & 52 p.54 à 56 p. 58 à 61 p.63 à 65
<b>KALEÏDOSCOPE</b> Faire équipe et être aux cotés des ...professionnels de santé et de la santé <b>La rédaction</b> <b>Effectifs, Ratios et Care's time (suite)</b> <b>Cécile Kanitzer</b> <b>A lire ... brèves, articles, rapports &amp; opinions</b> <b>La rédaction</b>	p.70 p.71 p.72 à 90
<b>ASSOSCOPE VIE &amp; AGENDA du CNKS</b> <b>La rédaction</b> <b>PROPOSITIONS</b> <b>Motions 1 et 2 stratégie et prospective</b> <b>JNKS 2024 NANTES</b> 1 <sup>ère</sup> annonce <b>KINESCOPES .... KALÉÏDOSCOPE DES COUVERTURES</b> du numéro 22 au numéro 28	p.93 p.94 p.95 p.96

### Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

### Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

### Comité de rédaction :

Barbara Bonecka, Christophe Dinot,

Andrée Gibelin, Véronique Grattard,

Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images

libres de droit ou DR

Au sein d'une équipe,  
au présent plus proche des autres,  
pour pouvoir mieux construire l'avenir  
sans gommer erreurs et réussites du passé

## PERI *L'Editorial* SCOPE



« Faire équipe et être aux côtés de ... »

c'est prôner le concept « soignant(s) aux coté(s) de ... » !

un simple changement de point de vue ?

ou un profond changement de paradigme ?

Dans KINESCOPE n°27 de septembre 2023, le CNKS indiquait « 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, socio-politique, géopolitique, économique ... 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 (1) n'est que rarement abordée ... et encore trop souvent pour s'en préserver voire s'en méfier ».

A l'aune des nombreux échanges lors des GT APPOOCT, et G ACCESS, des enquêtes express, des STKS, des JNKS 2023 ROUEN, des réunions du conseil d'administration et de l'assemblée plénière en marge de ces dernières, le bureau national a édicté plusieurs motions, confirmé la mise en œuvre prochaine, lors d'assemblées générales, en 2024, d'un projet associatif refondé, posé les bases de nouvelles stratégies de développement et de valorisation des acteurs de la kinésithérapie salariée.

En souhaitant regarder, analyser, commenter, conduire et prioriser des réflexions et des actions au sein desquelles les kinésithérapeutes salariés s'inscrivent « aux côtés de ... » le CNKS ne souscrit pas pour autant à un effet de mode et de conformisme social : ce n'est pas un simple changement de point de vue mais une réelle et permanente volonté d'engagement pour les patients et pour les kinésithérapeutes salarié(e)s.

C'est une conviction - ancrée depuis sa création - inhérente à « l'écologie » au sens d'environnement de l'exercice salarié qui fait que l'équipe ne sait se satisfaire d'individualités forcenées, d'absence de relations interprofessionnelles, de collaborations, de coordinations d'activités et de coopérations des acteurs.

Faire équipe c'est jouer collectif et prendre en compte toutes les interactions ; celles avec les patients, celles avec les familles et les aidants, celles avec tous les autres professionnels de santé paramédicaux et aides-soignants au sein des établissements mais aussi en dehors de ces derniers dans le cadre de la continuité des soins, celles avec les personnels médicaux mais aussi celles avec les personnels des services techniques et administratifs.

Prétendre, dans le cadre du métier de MK salarié, que l'indépendance professionnelle est princeps à l'autonomie fonctionnelle conduit à cette invisibilité dont nombre de collègues des établissements qui, forts de cette assertion, sont les premiers à s'en plaindre. Redisons ici avec solennité que « participer ce n'est ni prendre, ni partager, mais c'est prendre part et faire partie ». Et cela change tout dans le regard que l'un et l'autre portent sur eux-mêmes et sur les autres. Le « pour ... quoi » du travailler ensemble n'est alors plus empreint de compétition entre les acteurs, ne vise aucun compromis mais plutôt une dynamique de consensus vecteur d'une synergie « gagnant-gagnant ».

C'est dans ce cadre que le titre générique de ce 28<sup>ème</sup> numéro de KINESCOPE « **kinésithérapeute salarié : faire équipe et être aux côtés de \*...** » fera désormais office de nouveau et récurrent fil rouge de nos réflexions, de nos publications, et des prochaines **JNKS 2024, au CHU de NANTES, du mercredi 25 septembre 2024 après-midi au vendredi 27 septembre 2024 après-midi [ A NOTER SUR VOS AGENDAS ]**.

En attendant ce rendez-vous, le présent numéro vous propose - en supplément - des extraits des nombreuses et appréciées présentations des JNKS ROUEN 2023.

A l'aube de notre prochain renouvellement d'instances au sein desquelles, parallèlement à une ré-orientation professionnelle, je souhaite pouvoir poursuivre mon engagement au sein du CNKS sur une autre fonction, je tiens à remercier ici tous les contributeurs aux réflexions qui ont alimentées les propositions de notre association professionnelle.

Valérie Martel  
Vice-Présidente

(1) Cf. communication de Philippe Stévenin dans KINESCOPE n°28 supplément JNKS 2024 ROUEN

# 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.*





# **oui,** prendre soin de votre santé, c'est aussi *assurer* celle de tous

- ✓ **Remboursement des soins en 48h<sup>(2)</sup>** et suivi en temps réel sur l'appli
- ✓ Lunettes et prothèses dentaires **prises en charge à 100%<sup>(3)</sup>**
- ✓ **Assistance psychologique** et d'autres services pour prendre soin de votre santé (coaching tabac<sup>(4)</sup>, coaching nutrition<sup>(4)</sup>, etc.)

À partir de  
**7,40€<sup>(1)</sup>**  
/mois

**Ensemble, prenons soin de demain**

**3233** Service gratuit  
+ prix appel

**macsf.fr**

Pour en savoir plus,  
flashez ce code



PUBLICITÉ

(1) Exemple de tarif pour un infirmier hospitalier de 24 ans en formule générique. Tarif valable la 1<sup>ère</sup> année d'adhésion pour une souscription jusqu'au 30/04/24.  
(2) En cas de télétransmission et 72h dans les autres cas, à réception des données de votre caisse ou de votre demande complète de remboursement (hors délais bancaires).  
(3) Pour les équipements ou prestations relevant du 100 % santé et sous conditions contractuelles. (4) Tabac/alimentation : via une plateforme médico-sociale (suivi sur une période de 6 mois et jusqu'à 5 appels). Stress : traité dans le cadre d'un accompagnement psychologique. DOCUMENT COMMERCIAL À CARACTÈRE NON CONTRACTUEL, pour de plus amples informations, vous référer aux conditions générales ou aux notices d'information. MACSF assurances - SIREN N°775 665 631 - MACSF prévoyance - SIREN N°784 702 375 - Sociétés d'assurances mutuelles - Entreprises régies par le Code des Assurances. Sièges sociaux : Cours du Triangle, 10 rue de Valmy 92800 PUTEAUX. Adresses postales : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 LA DEFENSE CEDEX. Association souscriptrice : A.L.A.P - Siège social : 11, rue Brunel, 75017 Paris.

## Faire équipe & être aux cotés ... des patients.



Pour...quoi & comment être, parmi et en lien avec tous les autres tout aussi essentiels et indispensables, le **juste intervenant** ... au **juste moment** et ... à la **juste place** ?

C'est dans cet axe que notre collègue Guillaume Rousson, ancien vice-président de la FNEK, co-fondateur de « EntendsMoi » met toute son énergie, ses formations et diplômes acquis post DE, son intelligence situationnelle au service de ce positionnement des professionnels de santé au rang desquels les kinésithérapeutes.

Déjà publié dans le KINESCOPE 27 avec un article remarquable il a à nouveau accepté à notre demande que son commentaire et son analyse sur la parution du guide « Usagers partenaires en santé » fassent office de « Lu pour nous ». KINESCOPE et le CNKS forment le vœu que cette courte présentation incite les kinésithérapeutes salariés à consulter par eux-mêmes ce guide :

“1+1 = 3” c'est le meilleur résumé du Guide “Usagers partenaires en santé : l'avenir du soin” par France Assos Santé Occitanie et Institut Savoirs Patients

Nouvelle veille scientifique pour « EntendsMoi » par Guillaume Rousson, dans laquelle il vous partage un nouveau guide qui a été publié récemment .... il voulait absolument vous en parler le plus rapidement possible...

Découvrez pourquoi !



« Je devais absolument vous parler de ce guide car France Assos Santé Occitanie et l'Institut Savoirs Patients ont vraiment fait un travail exceptionnel pour "développer et valoriser le rôle des représentants d'usagers, des patients-pairs et des aidants" avec cette synthèse décrivant parfaitement les différentes facettes de l'engagement des usagers partenaires en santé.

Alors faisons un rapide tour d'horizon de ce que vous allez pouvoir retrouver dans ce guide :

- premièrement ces 2 associations détaillent en introduction ce qu'est le #partenariat en santé, en précisant bien que cette démarche correspond aux moments où les "professionnels font "#AVEC" les usagers (co-leadership, co-responsabilité, co-construction)" et non plus seulement "POUR".
- puis, après avoir partagé quels sont les bénéfices du partenariat en santé, les auteurs rentrent dans le concret en présentant des exemples, au travers de 7 fiches-missions pour identifier les différents rôles que peuvent avoir les usagers partenaires :

#### 1) #Pair-aidance associative :

l'entraide entre personnes partageant des situations similaires de santé,

#### 2) Éducation Thérapeutique du Patient (#ETP) :

l'accompagnement des personnes au développement de compétences pour mieux vivre avec leur maladie/handicap,

#### 3) #Soins cliniques :

l'accompagnement dans la relation individuelle de soin,

#### 4) #Formation de professionnels du système de santé :

la contribution des usagers partenaires en santé à la formation initiale et continue des professionnels en santé,

#### 5) #Recherche :

la contribution des usagers partenaires en santé aux actions de recherche en santé,

#### 6) Réflexion #éthique :

la contribution des usagers partenaires en santé aux questionnements nécessaires dans les projets de santé,

#### 7) #Représentation des Usagers :

la contribution des usagers partenaires en santé à l'organisation du système de santé et au développement de la culture de partenariat dans les instances de santé.

Enfin, ce que j'ai particulièrement apprécié, au-delà de ces fiches très pratiques et inspirantes, c'est le "Lexique du #partenariat en santé", que vous retrouverez en fin de document, qui est super pratique **pour être certain d'utiliser les bons termes !** »

Guillaume Rousson



Un dispositif médical unique pour  
les personnes amputées et  
hémiplégiques post-AVC !



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](http://www.myotact.com)



## Faire équipe & être aux cotés ... des patients.



*Pour...quoi & comment être, parmi et en lien avec tous les autres tout aussi essentiels et indispensables, le juste écoutant ? le juste doutant ? le juste entendant ?*

*C'est dans cet axe que notre collègue Guillaume THIERRY, déjà rédacteur de plusieurs billets dans KINESCOPE, nous emmène aujourd'hui au travers d'un cas concret. Le titre « changer d'ampoule », n'est pas sans rappeler - en partie - l'expérience ou l'effet HAWTORNE (Etudes de sociologie du travail (Mayo, Roethlisberger, Dickson au sein de l'usine Hawthorne Works, Chicago de 1924 à 1932). Les résultats de cette expérience (productivité augmentée quels que soient les changements à la hausse ou à la baisse de voltage des ampoules de l'atelier) sont attribués au fait que les sujets ont **conscience de participer** à l'expérience ce qui se traduit **par une plus grande motivation**. Et dans ce comparatif ou rapprochement, que certains pourront trouver osé, les points communs sont - au-delà de l'objet « ampoule » et de la symbolique du « changer l'ampoule » - ceux de **l'écoute** et de **l'attention** portée aux professionnels ... comme aux patients.*

## Changer d'ampoule

Mme H est une trentenaire exerçant un métier qui la passionne. Sa vie personnelle et familiale semble tout à fait lui convenir. Bien qu'elle n'ait jamais pratiquée régulièrement de sport, son hygiène de vie peut être qualifiée de correcte. Cependant, depuis sa 2e grossesse, Mme H. a débuté des problèmes de santé. D'abord une sensation de gêne dans le bas du dos, puis des douleurs lombaires qui se sont progressivement étendues à la région pelvienne.

Sur conseil de son médecin traitant, elle a pris du paracétamol, des anti-inflammatoires et a maintenue ses activités quotidiennes. Avec la persistance des symptômes, son médecin traitant lui a prescrit des séances de kinésithérapie en libéral et un arrêt de travail.

Bien qu'elle ait consulté plusieurs kinésithérapeutes formés à diverses approches, aucun n'a réussi à la soulager significativement.

Des examens complémentaires ont révélé un conflit disco-radulaire, conduisant à une orientation vers un chirurgien et à la prescription d'opioïdes.

Une intervention chirurgicale pour la cure d'une hernie discale avec arthrodèse a été envisagée.

Près de deux ans après le début des symptômes, Mme H continue de souffrir des mêmes douleurs, éprouve une fatigue intense et se sent déprimée malgré une chirurgie considérée comme réussie.

Suite à cela, Mme H a été orientée dans le service de rééducation de la clinique SMR, où j'exerce, pour la mise en place d'un programme de réadaptation pluridisciplinaire et des antidépresseurs lui ont été prescrits dans le même temps.

Nous sommes aujourd'hui au cours du 2<sup>e</sup> séjour en hospitalisation de jour de Mme H. Malgré cela, la patiente se plaint toujours d'une fatigue importante et de fortes douleurs lombo-pelviennes, et n'a pas pu reprendre le travail à temps plein. Avec des examens complémentaires aujourd'hui normaux, et une prise en charge conforme aux recommandations actuelles, la persistance de ses symptômes demeure inexpliquée pour les soignants qui s'occupent d'elle.

Changeons un instant de sujet : Qu'est-ce qui fait que les ampoules éclairent d'une couleur plutôt que d'une autre ? Elle n'en a pas l'air, mais cette question a bouleversé le monde de la physique à l'aube du XX<sup>e</sup> siècle !



En science physique, un corps noir est un objet théorique capable d'absorber des rayonnements et d'en émettre d'autres en fonction de sa température. Le filament d'une ampoule est une sorte de corps noir car il absorbe un rayonnement électromagnétique, chauffe et émet une lumière d'une certaine couleur.

Pour tenter de comprendre ce phénomène, les physiciens ont travaillé dans le cadre des principes physiques faisant autorité à cette époque, comme la physique newtonienne et les équations de Maxwell sur l'électromagnétisme.

Mais en agissant ainsi, un problème a émergé.

En effet, selon la physique classique, la puissance rayonnée par le corps noir devrait augmenter indéfiniment, en particulier dans la plage des ultraviolets. Cela signifierait qu'une simple ampoule émettrait non seulement une lumière visible, mais aussi une quantité infinie de rayonnements ultraviolets et de rayons gamma ! Ce qui, heureusement, est contredit par les observations expérimentales.

L'échec de la physique classique à prédire le fonctionnement des corps noirs a été nommée « la catastrophe ultraviolette ».

Des essais infructueux pour expliquer et traiter les symptômes persistants de Mme H, des douleurs qui ne répondent pas favorablement au traitement alors que c'est la thérapeutique recommandée... Mme H vit en quelque sorte une catastrophe ultraviolette !

Max Planck, à la fois physicien et mathématicien, a tenté de résoudre cette contradiction. Initialement, en utilisant les modèles physiques classiques de son époque, notamment les lois de la thermodynamique, puis en explorant une solution mathématique, qui consistait à considérer les échanges d'énergie, non pas comme un phénomène continu, mais comme quelque chose de discontinu, par paquet (ou quanta) d'énergie.

Cette solution, connue sous le nom de théorie des quanta, allait à l'encontre des convictions initiales du physicien conservateur qu'était Max Planck, et des idées de son époque.

Il a qualifié son explication d'acte de désespoir visant à trouver une explication à tout prix au problème des corps noirs, et a longtemps tenté, en vain, de raccrocher cette théorie aux lois physiques classiquement admises à son époque. Les décennies suivant sa découverte ont montré que cette avancée a été décisive dans la formalisation d'une nouvelle discipline, la physique quantique, et a valu à Max Planck d'être lauréat du prix Nobel en 1918.

En analysant la prise en charge de Mme H, il est évident que des efforts considérables ont été déployés pour lutter contre ses douleurs. Un traitement chimique par l'administration de médicaments, un traitement mécanique via des interventions chirurgicales, et un traitement physique par le biais de séances de rééducation.

Par cette approche, le corps de Mme H a été considéré comme un émetteur de douleur et un récepteur de traitement.

Cependant, la douleur est bien différente d'une simple variable physique ou chimique, telles qu'une mesure d'une tension artérielle ou d'une glycémie. Elle constitue une expérience sensorielle et émotionnelle.

Et nous pouvons constater que la stratégie adoptée pour lutter contre la douleur de Mme H se concentre sur la résolution de symptômes, sans nécessairement prendre en compte la personne qui vit cette douleur.

Pourtant, Mme H possède une certaine plasticité, dans le sens où sa réaction à un stimulus est influencée non seulement par la nature de la stimulation, mais aussi par l'environnement, le contexte et l'intention de Mme H au moment de cette stimulation.

Bien que la douleur de Mme H soit indéniable et nécessite un traitement, il est tout aussi important de reconnaître la patiente par son intentionnalité, sa réceptivité au traitement proposé, ainsi que sa manière unique d'interpréter son vécu, ses sensations et les traitements reçus.

En examinant attentivement les modèles anatomiques, biomécaniques et physiopathologiques pour élaborer nos programmes de rééducation et en intégrant les données statistiques issues des études scientifiques pour actualiser ces plans de traitement, nous répondons à une exigence éthique et déontologique en matière de soins.

Cependant, une question persiste : à quel moment accordons-nous une attention suffisante à la perception, aux intentions du patient et à sa manière de vivre sa douleur ?

Je pense que notre difficulté à prédire le soulagement de certaines douleurs en rééducation résulte davantage du fait que la douleur constitue une aporie, une contradiction conduisant à une impasse, pour la plupart des grands principes mécanistes qui sous-tendent la pratique quotidienne traditionnelle de la kinésithérapie.

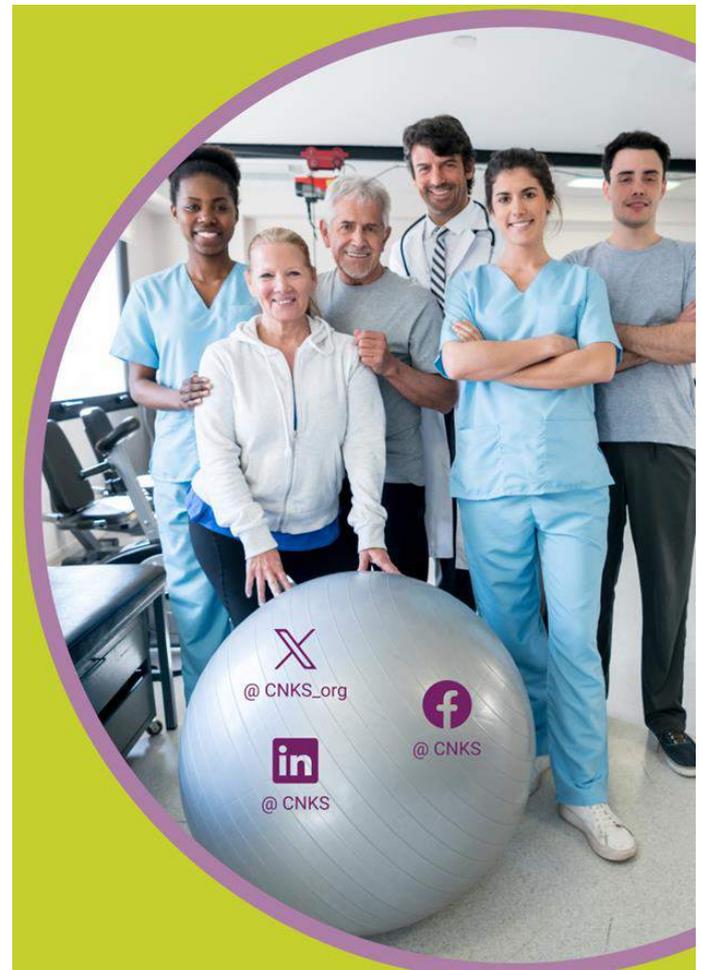
Autrement dit, le traitement de certaines douleurs ne consisterait pas simplement à trouver une manière de lutter contre, comme si la douleur répondait au principe mécanique d'action/réaction, mais plutôt de réussir à explorer et à interagir avec la réalité subjective du patient. Il s'agirait alors de comprendre la signification que cette douleur revêt pour le patient.

Cette semaine, Mme H a changé une nouvelle fois de kinésithérapeute. La patiente a de nouveau raconté son histoire. A l'issue de l'anamnèse et du bilan, la kinésithérapeute s'est demandée ce qu'elle pourrait faire avec cette patiente chez qui toutes les techniques habituellement utilisées dans son cas avait été tentées. Elle décida de réaliser une séance de kinésithérapie sous hypnose.

Était-ce dans un acte désespoir à l'instar de Max Planck ? Je ne sais pas, mais il est certain que cette séance a ouvert un nouvel horizon dans le vécu de Mme H.

Guillaume THIERRY  
Cadre rééducateur Kinésithérapeute

Pour aller plus loin : Crozon M, Sacquin Y.  
Un siècle de quanta. EDP Sciences. 2002. 978-2-86883-604-5



[contact@cnks.org](mailto:contact@cnks.org)

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

Association  
des Kinésithérapeutes  
et Cadres Kinésithérapeutes

**Vecteur d'idées  
& lien des kinésithérapeutes salariés**

**JE SUIS KINÉSITHÉRAPEUTE SALARIÉ·E  
JE SUIS PROFESSIONNEL·LE DE LA SANTÉ  
J'AI AUSSI BESOIN  
D'ÊTRE SOUTENU·E**

J'APPELLE LE NUMÉRO VERT SPS 24H/7J

**0 805 23 23 36**

Service & appel  
gratuits

100 psychologues de la plateforme



PROS-CONSULTE  
 Groupe Merway



JE TÉLÉCHARGE  
L'APPLICATION  
ASSO SPS

JE CONSULTE LE RÉSEAU  
NATIONAL DU RISQUE  
PSYCHOSOCIAL  
ET RETROUVE TOUTES  
LES INFORMATIONS SUR :  
[www.asso-sps.fr](http://www.asso-sps.fr)

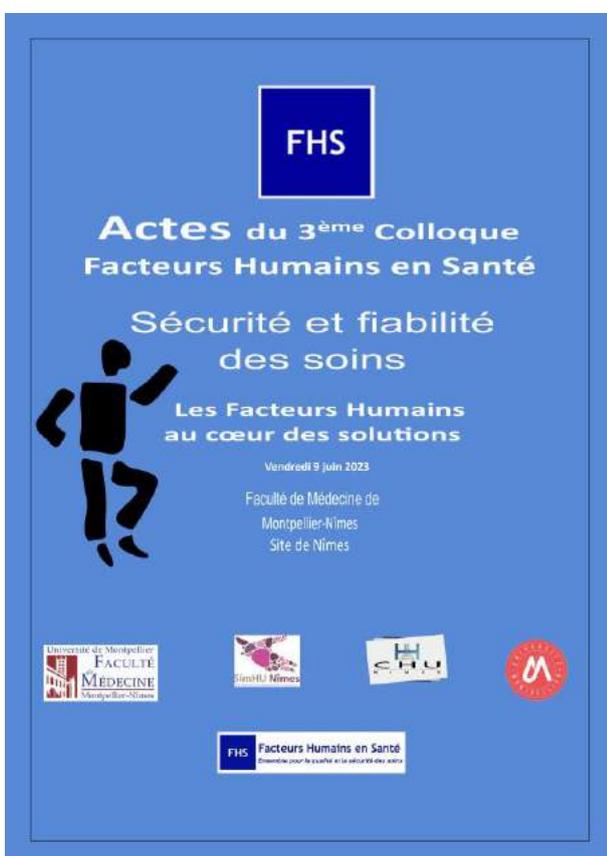
Un dispositif de



En partenariat avec



C'est aussi sans nul doute être à l'écoute et attentifs aux démarches, aux réflexions, aux communications des patients, et des professionnels de santé mais aussi de celles et ceux qui sont soucieux de la qualité et de la sécurité, en général et en particulier dans le(s) soin(s) ... et dont on sait que les process issus d'autres milieux d'activités ont pour intérêt à minima d'être des exemples si ce n'est transférables au moins transposables ou à maxima des modèles applicables. KINESCOPE, vous informe de la sortie des actes - à lire – du 3ème colloque de l'Association **Facteurs Humains en Santé** et reproduit ci-après la présentation de cette association.



L'association FACTEURS HUMAINS en SANTÉ est un groupe multidisciplinaire et ouvert, composé de soignants (paramédicaux et médico-chirurgicaux), d'experts en gestion des risques et de professionnels issus d'autres secteurs d'activité à risque (contrôleurs aériens, pilotes, ...). Notre objectif principal est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les objectifs secondaires sont multiples :

- promouvoir la prise en compte du fonctionnement humain et organisationnel dans la prise en charge des patients, tant au niveau des soignants ;
- promouvoir la recherche sur le fonctionnement humain et organisationnel ;
- fédérer et mettre en contact les différentes structures d'enseignement en simulation et en facteur humain, à l'échelle nationale et européenne ;
- accompagner et réaliser des projets de pédagogie.

(\*) à télécharger sur :

<https://facteurshumainsensante.org>

FHS communique : Partenariat avec des sociétés savantes : la démarche FACTEURS HUMAINS en SANTÉ se fait en partenariat avec les sociétés savantes et a pour objectif de réaliser un travail interdisciplinaire, la sécurité étant un enjeu large concernant l'ensemble des processus de soins. De nombreux documents sont à votre disposition sur notre site internet (Podcast, Chaîne YouTube, Cahiers du facteur...)

**A SIGNALER : journées de l'AHREK  
au service de la prise en compte de l'humain, bénéficiaire des soins**



25èmes JINR de l'AHREK  
12 et 13 Avril 2024 - Présentiel (St Etienne) et distanciel  
**EVIDENCE-BASED-MEDECINE/EVIDENCE-BASED-PRACTICE  
OR EVIDENCE BASE HUMAN ?**

[www.ahrek.com](http://www.ahrek.com)



**Argumentaire:**

Les pratiques médicales et les pratiques rééducatives sont de plus en plus orientées et encadrées par la « preuve ». Au cours de ces journées internationales de rééducation nous questionnerons la place de l'humain (personne prise en soins) : ses attentes, ses savoirs expérientiels, ... vis-à-vis des EBM/EBP. En effet, nous souhaitons questionner le regard porté par les professionnels de santé envers des personnes qui sont amenées à solliciter à un moment de leur trajectoire de vie leur attention en matière de prévention et ou de thérapie.

Sommes nous sortis de la conception selon laquelle ces personnes seraient totalement passives et réduites à une « entité inerte » sans ressources, sans réflexivité, sans capacités d'agir ou à l'inverse prenons nous conscience qu'elles peuvent disposer de potentiels pluriels et par conséquent seraient susceptibles d'apporter beaucoup aux soignants et à leurs pairs ? Il sera ainsi intéressant lors de ces journées de réfléchir à la triangulation et l'ajustement nécessaire entre l'expertise clinique du praticien, les attentes du patient et les données soutenues par la science afin d'apporter le soin le plus pertinent au patient.



# EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

---

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

## « QUI DIT RECHERCHE RENVOIE AUX SAVOIRS & AUX SCIENCES »

[in KINESCOPE n°26] **mais doit aussi et surtout**

## « TROUVER INTENTION(S), GESTE(S) ET TRACE(S) dans le VECU, l'EXPERIENCE & la CONNAISSANCE de CLINICIENS CHERCHEURS »

[in KINESCOPE n°28].

La recherche n'est pas nouvelle dans la profession, dans les professions de santé, même si elle a été longtemps « confisquée » aux paramédicaux. Les Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière & Paramédicale (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) avec, dans, au sein, par et pour, les professions paramédicales. Recherche(s) sur leurs exercices, leurs pratiques professionnelles, leurs justes qualité et sécurité des soins dus aux patients, pour qualifier et valider des pratiques probantes, conformes à l'état de la science mais aussi conformes à leurs responsabilités et à leur propre qualité de vie et des conditions de travail.

KINESCOPE continue d'ouvrir 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** : MK CC ... un titre d'emploi, de grade, de fonction qui garderait l'appellation du diplôme **MK** et y adjoindrait la mission de **clinicien chercheur**

Le CNKS estime aussi que

- la fonction de **Coordonnateur Paramédical de la Recherche** instaurée au sein des CHU et qui émerge au sein de CH et autres établissements de santé doit se développer (\*)
- ces fonctions de **MK Clinicien Chercheur** & de **Coordonnateur Paramédical de la Recherche** devraient pouvoir constituer un « corps statutaire » [ en Fonction Publique Hospitalière comme dans les conventions collectives des ESPIC ] 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 28 de KINESCOPE, le CNKS ambitionne de contribuer à la promotion et à l'essor de cette démarche de valorisation de la recherche paramédicale.*

Tout collègue souhaitant exprimer un point de vue sur le sujet est vivement encouragé à contacter le CNKS : [contact.cnks@gmail.org](mailto:contact.cnks@gmail.org)

## Au fait la « recherche »... c'est quoi ? c'est pour ... quoi ?

La recherche revêt de nombreux visages, définitions et méthodes ! Si on pense recherche, quel que soit le domaine, il est important de se rappeler que qu'elle est un élément essentiel de toute activité académique ou professionnelle. Elle est indispensable pour faire évoluer les savoirs, pour explorer des questions et des problématiques, bousculer des certitudes ancrées par empirismes, explorer de nouveaux points de vue, avancer de nouvelles solutions et développer de nouvelles connaissances.

Si on pense devoir faire de la recherche il est alors tout aussi important de connaître les différents types et méthodes pour choisir la plus adaptée à l'objet et l'objectif de recherche. Différents types de recherche se rapportent en fonction de l'objectif, de la portée et du type de données.

Les **types de recherche** sont différents selon les approches et méthodes utilisées pour étudier un sujet, une question... de recherche. Rechercher consiste à investiguer de façon construite et vise à découvrir de nouvelles connaissances ou à valider des connaissances existantes.

La méthodologie utilisée dans une étude de recherche est souvent déterminée par le type de recherche menée. Plusieurs classifications peuvent être envisagées.

**Nous avons assez facilement à l'esprit la recherche théorique** dont en résumé l'objectif est développer de nouvelles théories, de nouveaux concepts **et la recherche appliquée** dont l'objectif est de produire des résultats pratiques face à des problèmes pratiques (dont la recherche sur l'évaluation, la recherche-action et la recherche & développement). Et dans notre monde de la santé on parle aussi de **recherche translationnelle**.

En croisant nombre de sources et d'auteurs on peut retenir d'autres nominations et appellations de recherches selon le champ d'application, le type de données, l'utilisation des variables, l'interférence, les sources - telle une liste à la Prévert et sans prétention à l'exhaustivité - par ordre alphabétique :

corrélacionnelle, déductive, descriptive, descriptive, expérimentale, exploratoire, explicative, hypothético-déductive, mixte, non expérimentale, primaire, qualitative, quantitative, quasi-expérimentale, secondaire

...

On les retrouve sous différentes classifications. Bien comprendre les différents types de recherche aide tout chercheur, capé ou en herbe à choisir la méthodologie et l'approche appropriées pour son projet de recherche.

Dans le but de s'y retrouver dans le dédale de ce maquis d'autres articles à venir tenteront de faire l'analyse et la synthèse de ces modes de recherches, d'en définir les contours voire d'en faire quelques iconographies didactiques qui permettent à tout professionnel lecteur de Kinéscope de s'y retrouver plus aisément.

Doit-on et peut-on par exemple employer hypothético-déductif-ve en parlant recherche, ou méthode ou raisonnement ou étude ?

A suivre... (prochains KINESCOPEs) ...

## Et plus spécifiquement la recherche en santé ?

L'INSERM indique : « la recherche clinique correspond aux études scientifiques réalisées sur la personne humaine, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales. Il s'agit de recherches prospectives, qui impliquent le suivi de patients ou de volontaires sains. Ces recherches sont indispensables pour mieux comprendre les maladies, mieux les traiter, et pour identifier les facteurs de risque potentiels. En France, ces recherches sont encadrées par la loi Jardé.

Quand on parle de recherche clinique, on pense souvent aux « essais cliniques », des études qui visent à évaluer un nouveau médicament, un dispositif médical ou une biothérapie.

Mais ce domaine de la recherche en santé est bien plus vaste et permet aussi :

- d'identifier des mécanismes moléculaires ou cellulaires impliqués dans des maladies, qui permettent à leur tour d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques,
- d'identifier des facteurs de risque génétiques ou environnementaux, pertinents pour mettre en place des stratégies de prévention,
- de comparer plusieurs approches diagnostiques ou thérapeutiques disponibles, ce qui peut servir à la formuler des recommandations sur la prise en charge des patients... »

La rédaction



## Promotion de la recherche en soins au CHU de Rennes : l'équipe d'appui à la recherche en soins (EARS)

Sophie Hameau<sup>1</sup>, Karim Jamal<sup>1</sup>,  
Ludovic Meuret<sup>2</sup>, Claudie Bouffort<sup>3</sup>,  
Marielle Boissart<sup>4</sup>.

La recherche paramédicale a connu un essor depuis une douzaine d'années avec la création du programme de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) (1) et plus récemment avec la réingénierie des formations paramédicales intégrant la recherche dans le référentiel de formation et enfin avec la création de plusieurs sections universitaires au sein du Conseil National des Universités dont une section des sciences de la rééducation et de la réadaptation (91), une pour les sciences infirmières (92) (2).

Cet essor de la recherche paramédicale contribue à la production de savoirs scientifiques utilisés pour développer une pratique basée sur des données probantes (Evidence Based Practice).

Au CHU de Rennes, la recherche et la formation constituaient un des axes principaux du projet d'établissement pour 2018-2022 avec plusieurs stratégies mises en place dont l'objectif est de promouvoir la recherche en soins (3).

Pour les axes définis de la période 2023-2027, la recherche est maintenue dans les orientations stratégiques du projet d'établissement, avec l'accompagnement et le développement des missions de recherche, d'innovations et de partenariats (4).

Afin de favoriser la production scientifique, le CHU de Rennes a mis en place, en 2019, un appel à projet interne (COResP) à destination des professionnels de santé de 25000 euros qui est passée à 50000 euros en 2021, destiné à financer des projets de recherche en soins. Depuis sa création, 10 études ont été soutenues par ce financement interne.

Parallèlement, toujours dans un objectif de promouvoir la recherche en soins, une journée de recherche en soins a vu sa première édition en avril 2022 et a permis de réunir les professionnels de santé autour de la présentation de leur projet de recherche. La prochaine journée scientifique soignante est prévue pour le 4 juin 2024.

Par ailleurs, dans l'optique d'améliorer les connaissances en méthodologie de la recherche, la promotion des formations de master et de doctorat a été mise en place.

Afin de favoriser cette émergence au sein du CHU et plus largement dans le cadre des Groupements Hospitaliers Territoriaux, l'équipe d'appui à la recherche en soins (EARS) a été créée (Figure 1), composée de deux équivalents temps pleins répartis sur quatre professionnels de santé à mi-temps portant tous des projets de recherche dont une infirmière, Claudie Bouffort, d'un infirmier-anesthésiste MSc, Ludovic Meuret et de deux kinésithérapeutes, PhD, Karim Jamal et Sophie Hameau, chacun conservant soit un temps clinique et/ou un temps enseignement.

Cette équipe s'est montée sous l'impulsion de Marielle Boissart, PhD, coordonnatrice paramédicale de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en lien avec la direction des ressources humaines et la direction des soins.



<sup>1</sup> CHU Rennes, Inserm, Centre d'investigation clinique de Rennes (CIC 1414), Service de Médecine Physique et de Réadaptation, 35000 Rennes, France.

<sup>2</sup> CHU Rennes, Inserm, Centre d'investigation clinique de Rennes (CIC 1414), Pôle ASUR-MIG, 35000 Rennes, France.

<sup>3</sup> CHU Rennes, Inserm, Centre d'investigation clinique de Rennes (CIC 1414), Service de Chirurgie vasculaire et Consultations pansements vasculaires, 35000 Rennes, France.

<sup>4</sup> CHU Rennes, Inserm, Centre d'investigation clinique de Rennes (CIC 1414), Direction des Soins, 35000 Rennes, France, CHU Rennes.

Figure 1 : Equipe EARS



Les principales missions de l'équipe sont (Figure 2) :

- de porter les projets de recherche de chacun ;
- d'identifier et soutenir les projets de recherche en accompagnant les professionnels, de l'émergence de l'idée de recherche jusqu'à la valorisation des travaux de recherche en lien étroit avec la Direction de la recherche et de l'innovation (DRI). A l'heure actuelle, plus de quarante professionnels ont été accompagnés par notre équipe à différents stades de réflexion de leur projet ;
- de proposer des formations en lien avec la recherche. A ce jour, 3 nouvelles formations ont été montées :
  - écrire d'un article scientifique,
  - communiquer en congrès (par poster, en 10 mn, ou en 180 s)
  - répondre à un appel à projet.

Une nouvelle formation sur l'outils de gestion bibliographique Zotero, viendra compléter l'offre actuelle déjà riche avec des formations sur l'initiation à la recherche en soins, la lecture critique d'article et la revue de littérature ;

- de communiquer sur notre équipe d'appui à la recherche qui se destine à apporter un soutien pour l'ensemble des professionnels de santé, sur les appels à projets, sur les formations en lien avec la recherche ainsi que sur l'ensemble des projets paramédicaux en cours au CHU de Rennes ;
- de développer des partenariats avec les acteurs rennais de la recherche.



Différentes stratégies et dispositifs sont ainsi mis en place au sein du CHU de Rennes afin de promouvoir la recherche en soin et ainsi favoriser la production de savoirs scientifiques qui pourront être utilisés dans la pratique afin d'améliorer les soins proposés aux patients.

La recherche en soins constitue un enjeu important pour le milieu de la santé et des solidarités, pour les professionnels de santé et pour les patients. Elle contribue également à l'attractivité des services, au développement de compétences et à l'avancée des connaissances.

Mots clefs : CHU de Rennes, promotion, recherche en soins, paramédicaux, stratégies

#### Références :

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale – PHRIIP. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/appels-ajouts/article/programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-et-paramedicalephrip>
2. Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039296788>
3. CHU de Rennes. Projet d'établissement 2018-2022 [Internet]. Site Internet du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes. [cité 24 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.chu-rennes.fr/publication-31/projet-d-etablissement-2018-2022-852.html?cHash=3d5098ec255ca9834cc209b31998bf08>
4. CHU de Rennes. Projet d'établissement 2023-2027 en cours de rédaction.



## Quelles ressources et soutiens pour aider les paramédicaux dans leurs projets de recherche ?

Une structuration intéressante au service de la recherche paramédicale existe au niveau du territoire du Nord et du Pas-de-Calais. En effet, le **Groupe Recherche Paramédicale (GRP)** du **CHU de Lille** et le **Groupement Régional de Recherche Clinique en Nord et Pas-de-Calais (G2RC)** ont mis en place une **coopération étroite** pour **développer la recherche paramédicale** et **mieux accompagner les projets de recherche**.

Ensemble, ils aident à **déployer concrètement des solutions** auprès des soignants qui ont besoin d'**être soutenus** dans leurs démarches, comme en témoignent ci-après, les deux personnes interrogées.

### Une ouverture pluriprofessionnelle sur le territoire

Le **GRP** compte aujourd'hui une vingtaine de membres volontaires, de professions paramédicales diverses.

La **filière de rééducation** est représentée par un **ergothérapeute**, un **diététicien**, un **kinésithérapeute**, et un **podologue ostéopathe**, tous porteurs de projets de recherche.

En outre, des professionnels extérieurs au CHU ont intégré le GRP, favorisant ainsi l'enrichissement de chacun et la mise en réseau.

Cette **volonté d'ouverture s'inscrit** dans l'**axe 5** du **Livre Blanc**, écrit par la **Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche (CNCPR)** en **2022**. Il s'agit de « *contribuer à une recherche intégrée dans le territoire* », et notamment « *d'identifier les personnes ressources au sein de chaque établissement* ».

En parallèle, la coordinatrice du G2RC, membre du GRP, fait le lien avec les établissements membres de son réseau qui souhaitent structurer la recherche paramédicale dans leur établissement, rencontrer des homologues, monter des projets de recherche paramédicale mono ou multicentriques ou encore répondre à des « appels à projets ».

## GRP et G2RC, des fonctions et missions complémentaires en interaction

	GRP	G2RC
<b>Fonction</b>	Coordinatrice paramédicale de la recherche	Coordinatrice de la cellule d'animation et de coordination
<b>Métier</b>	Infirmière, Cadre supérieur de santé formateur	Ingénieur recherche
<b>Missions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concevoir, mener des opérations de développement et de valorisation de la recherche en soins</li> <li>▪ Accompagner les paramédicaux dans un projet de recherche, en lien avec la Coordination Générale des Soins</li> <li>▪ Assurer des travaux de recherche et d'enseignement dans ses domaines d'expertise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développement du G2RC (formations, actions de coopération, mises en relation) et de relations privilégiées avec les acteurs en santé du territoire</li> <li>▪ Aide au montage de projets de recherche clinique et évaluation de faisabilité, interactions avec des réseaux</li> <li>▪ Analyse de l'activité de recherche, valorisation, communication</li> <li>▪ Animation et pilotage des instances</li> <li>▪ Gestion administrative, financière</li> </ul>
<b>Périmètre</b>	CHU de Lille et participation des établissements de santé 59 - 62 + National (CNCPR)	13 membres actifs adhérents G2RC (59-62)
<b>Contact</b>	<a href="mailto:recherche.paramedicale@chu-lille.fr">recherche.paramedicale@chu-lille.fr</a>	<a href="mailto:contactG2RC@chu-lille.fr">contactG2RC@chu-lille.fr</a>

## Les trois missions structurantes du GRP

Cinq réunions plénières annuelles rassemblent l'ensemble des membres pour **concevoir, construire et évaluer les actions** à mener en **favor** du **développement** de la **recherche paramédicale**, au **CHU** et sur les **territoires**.

Selon leurs compétences et leur appétence en fonction des sujets, les membres du GRP travaillent en **3 sous-groupes**, à savoir, un **comité pédagogique** piloté par la coordinatrice paramédicale de la recherche, (qui organise une Conférence annuelle de Recherche en soins et des formations), un sous-groupe **communication** (qui diffuse et valorise les informations) et un sous-groupe **accompagnement de projets** (qui aide au montage de projets de recherche), auquel appartient la coordinatrice du G2RC.

Grâce à un contexte institutionnel favorable, **les coordinatrices coopèrent régulièrement** dans des situations de travail variées telles que la Conférence annuelle Recherche en soins organisée par le GRP, les conférences hospitalo-universitaires (H&U), des interventions dans le DU Recherche en Sciences Paramédicales ou encore des interventions dans la formation des paramédicaux.

## Retour sur l'historique de création

C'est dans le cadre du **projet d'établissement 2012-2016** du **CHU de Lille** que s'est écrite la volonté institutionnelle de développer la recherche paramédicale dans l'établissement.

Le **Groupe Recherche Paramédicale (GRP)**, dans un premier temps interne au CHU, a été créé puis piloté par la Coordinatrice Générale des Formations et de la Recherche Paramédicales.

Celle-ci partageait l'animation du comité avec Véronique Cabaret, cadre supérieur de santé formateur à l'IFCS, titulaire d'un doctorat en Sciences de l'Education et de la Formation des Adultes. Le groupe se composait d'une dizaine de professionnels paramédicaux volontaires et en 2014, il commençait par mettre en place une 1<sup>ère</sup> Conférence de sensibilisation à la recherche en soins ainsi qu'une formation à la recherche pour la période 2014-2017.

Suite à cette formation, des professionnels du groupe ont répondu à des appels à projets de recherche (AAP), dont le PHRIP, et ont sollicité l'aide d'Isabelle Grit. Celle-ci était alors Attachée de Recherche Clinique, chargée des AAP en recherche clinique à la Direction de la Recherche. A partir de 2016, elle intégrait le GRP et faisait le lien avec la Maison de la Recherche.

Lorsqu'elle a pris la coordination du **Groupement Régional de Recherche Clinique en Nord et Pas-de-Calais (G2RC)** fin 2017, elle a mis en lien les paramédicaux de la région avec le GRP lors de l'écriture des projets de recherche.

Dans le **projet d'établissement 2017-2022** du CHU de Lille, une **fiche-projet** intitulée « **recherche paramédicale** » déclinait 3 objectifs.

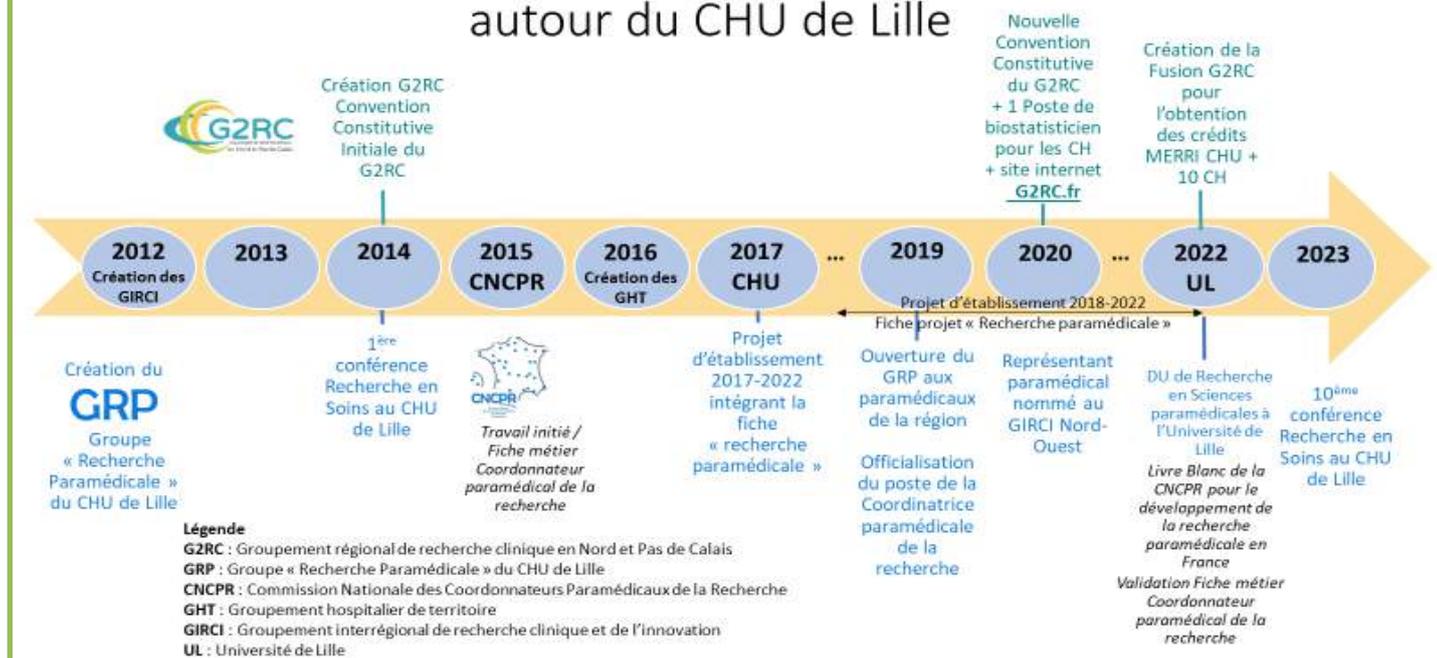
3 objectifs pour impulser une dynamique institutionnelle :

- intégrer la recherche dans la pratique professionnelle et la formation afin d'apporter des réponses innovantes aux besoins de santé de la population ;
- développer une culture scientifique dans des publications institutionnelles, régionales, nationales et internationales ;

- favoriser le développement de partenariats afin de dynamiser l'activité de recherche.

Le projet stipulait également qu'il contribuait à la transformation du CHU « par l'ouverture sur son environnement à l'échelon régional, national et international ». Le présent article, porte sur l'échelon régional / territorial.

## Etapes clés de structuration au bénéfice d'un territoire autour du CHU de Lille



## Illustration des actions GRP / G2RC par des acteurs de la rééducation

### Guillaume Carnaux

Kinésithérapeute depuis 2003, j'ai exercé en secteur libéral pendant 20 ans et je suis venu à la Pelvi-Périnéologie il y a 14 ans, c'est devenu ma « spécificité » à défaut d'être ma « spécialité ». J'ai un DU dans ce domaine ainsi qu'un master en ingénierie de la santé et j'enseigne à l'école de kinésithérapie de Lille. J'ai rejoint le CH de Roubaix, au moment de la crise Covid, mon cabinet était fermé et le service d'urologie avait besoin d'un kinésithérapeute. Maintenant j'exerce 40% de mon temps au CH.

J'ai découvert l'existence de l'unité de recherche clinique (URC), au CH de Roubaix en discutant en discutant avec une kinésithérapeute en reconversion qui m'a informé de l'accompagnement, possible des paramédicaux souhaitant monter des projets de recherche.

La pelvi-périnéologie a besoin de travaux de recherche et de publications scientifiques pour démontrer l'efficacité de nouvelles pratiques, prouver des gains économiques, démontrer l'intérêt d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; je souhaite qu'un maximum de patients bénéficient des prises en charges optimisées.

Avec l'URC j'ai pu rédiger des protocoles de recherche et postuler à des appels à projets (AAP) en recherche paramédicale.



Leur aide a été précieuse car jusqu'à présent je n'ai pas de temps dédié, et il n'est possible d'en avoir que si l'on arrive à faire financer son projet.

Grâce au G2RC j'ai bénéficié de conseils et de contacts avec des biostatisticiens du CHU et d'une équipe universitaire en vue de concrétiser un projet de thèse. Mais force est de constater qu'il n'y a pas de chemin fléché pour les professionnels expérimentés qui, comme moi souhaitent traduire leur expérience dans un projet de recherche.

L'écriture d'un projet est avant tout, un travail d'équipe et aucun projet ne verra le jour sans échanges avec l'ensemble des personnes compétentes et intéressées par le sujet, ni sans une bonne évaluation de sa faisabilité.

## Guillaume Bertoux

Enseignant en Activité Physique Adaptée (APA) depuis 2006, j'ai travaillé 11 ans en cliniques de psychiatrie puis j'ai rejoint le service de rééducation du CH de Boulogne-sur-Mer (CHB) il y a 6 ans.

Le développement de la médecine du sport a conduit le service à investir dans un appareil d'isocinétisme et je me suis formé en passant un DU d'isocinétisme en 2021. Des fatigues musculaires ou des blessures inexplicables ont débouché sur des questions à étudier mais comment commencer quand on travaille dans un CH ?

J'ai une appétence pour de nombreux sujets liés au sport et je lis beaucoup d'articles. Cette curiosité m'a amené, entre autres, à un stage de para-triathlon à Dunkerque. Suite à ce weekend, j'ai intégré le réseau TC-AVC 59-62, et sa commission APA pour transmettre et approfondir mes connaissances.

Aujourd'hui je participe activement à l'essai clinique ISOTRIFA utilisant l'isocinétisme. J'ai contribué à sa rédaction et à sa soumission au Comité de Protection des Personnes (CPP) grâce à l'Unité de Recherche Clinique (URC) du CHB qui démarre une activité de Promotion. Notre recherche est interventionnelle à risques et contraintes minimales. Le CHB a bénéficié des compétences de la biostatisticienne du G2RC pour la méthodologie.

Au début de la réflexion sur le projet de recherche, j'avais rencontré le Groupe Recherche paramédicale du CHU de Lille (GRP) lors d'une Conférence annuelle en décembre 2021 et aussi le G2RC. Je m'étais renseigné sur les subventions financières possibles pour mener une étude. J'avais rencontré une infirmière très investie en recherche qui m'avait assuré que c'était possible de faire de la recherche en tant que paramédical.

En faisant de la recherche, on peut vite se sentir seul. Savoir bien s'entourer, aller chercher des conseils auprès de personnes expérimentées sont des conseils précieux. La persévérance est une compétence importante et ne pas prêter attention aux discours décourageants l'est également.

« La clé pour faire de la recherche, c'est l'ouverture d'esprit », au-delà du diplôme, il faut être capable de sortir des sentiers battus, se poser les bonnes questions et prendre du recul.



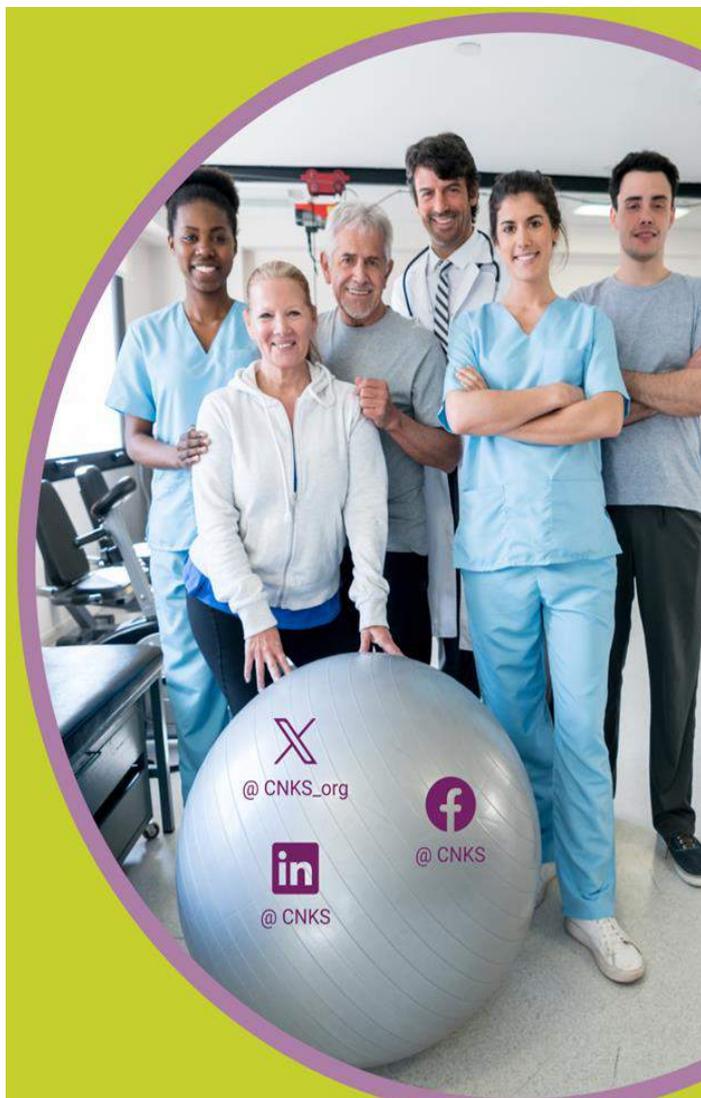
# Kinéscope

La Lettre

& L'Esprit du CNKS

# cnks

Vecteur d'idées & lien  
des kinésithérapeutes salariés



[contact@cnks.org](mailto:contact@cnks.org)

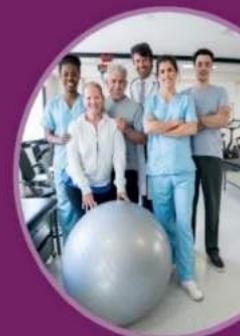
[www.cnks.org](http://www.cnks.org)

Association  
des Kinésithérapeutes  
et Cadres Kinésithérapeutes

**Vecteur d'idées  
& lien des kinésithérapeutes salariés**

*Une autre voie de participation...  
une autre voix d'information*

- **Depuis 1996**  
organisation professionnelle  
associative loi 1901
- **Au quotidien**  
défendre et promouvoir  
l'exercice salarié
- **A chaque occasion**  
représenter les MKs & CDS MKs qui adhèrent
- **Des réflexions**  
groupes de travail, soirée thématiques
- **Des actions**  
formations / information " JNKS "  
pétitions, rencontres des tutelles...
- **De la communication**  
site web, réseaux sociaux  
revue numérique bimestrielle



**Kinéscope**  
La Lettre & L'Esprit du CNKS  
une publication de l'Association des Kinésithérapeutes Salariés

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



@CNKS



@CNKS\_org



@CNKS

Association  
des Kinésithérapeutes  
et Cadres Kinésithérapeutes

*Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés*

**contact@cnks.org - www.cnks.org**



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

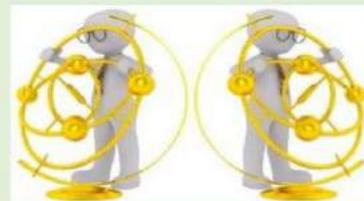
[www.cnks.org](http://www.cnks.org)



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

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

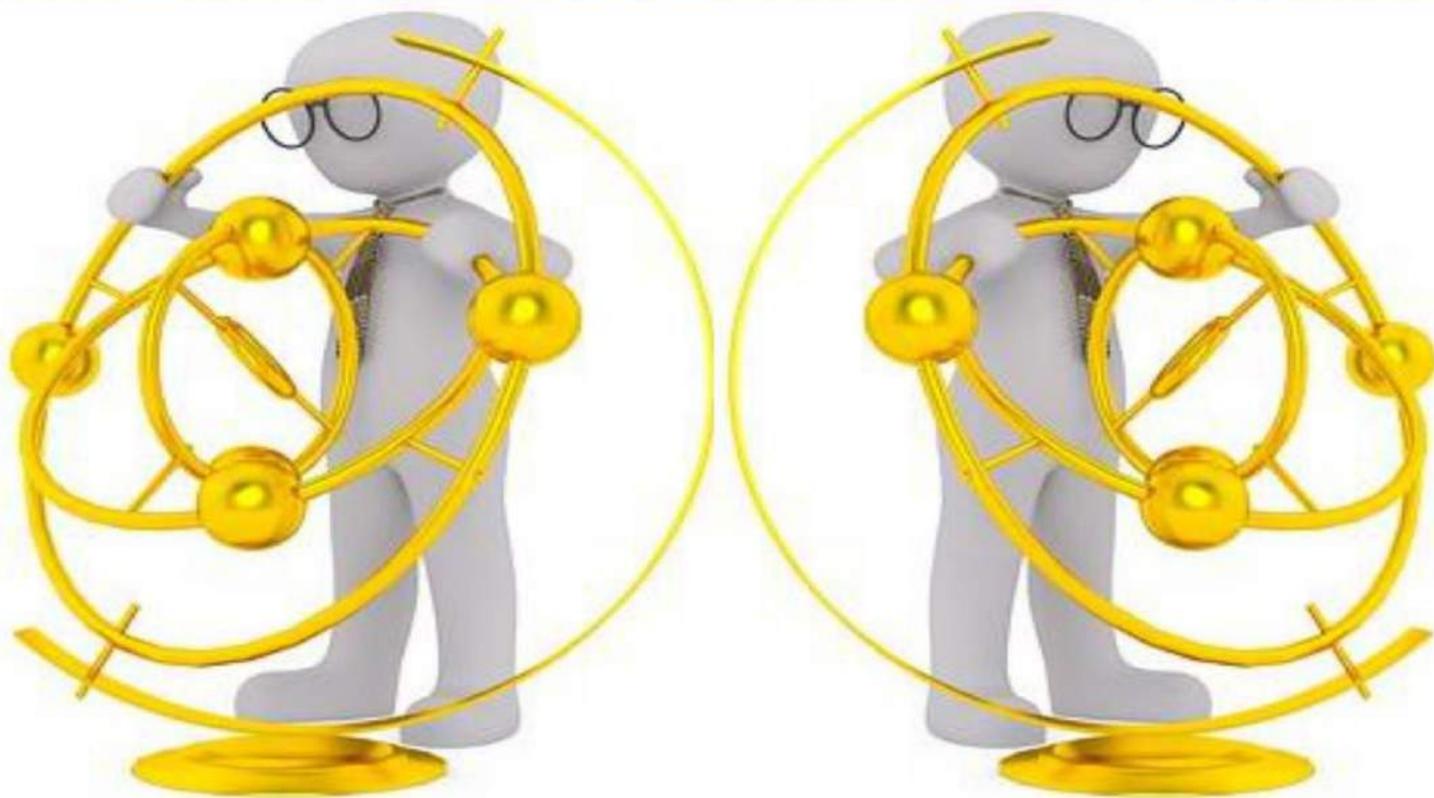
# PRAT<sup>SCOPE</sup> ICO



*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 les pratiques du métier de Kinésithérapeute Salarié*



## Nomenclatures en réadaptation : le moment de vérité

### Introduction

Une nomenclature désigne un ensemble de termes, classés méthodiquement, servant de référence dans une discipline donnée. Les nomenclatures de santé décrivent l'activité médicale des établissements de santé et des soins de ville, en transposant en codes alphanumériques des diagnostics, des motifs de recours aux soins, des actes ou des dispositifs médicaux et des médicaments. Ces catalogues, s'ils facilitent le stockage, l'analyse des données et leur utilisation en clinique, épidémiologie, en gestion sanitaire et médico-économique, reflètent les fonctions que chaque pays reconnaît à son système de santé en lien avec le périmètre des paniers de soins. Ces nomenclatures apparaissent aujourd'hui frappées d'immobilisme et interrogent quant à leur capacité à financer le juste soin au juste coût en réadaptation.

### Le panier de soins, les nomenclatures et la réadaptation

Les systèmes de santé européens ont opté pour la définition de paniers plus ou moins limités de biens et services considérés comme essentiels, et pouvant de ce fait être remboursés ou directement fournis.

Tout panier de biens et services peut être défini de manière plus précise par un ou plusieurs catalogues.

En France on parle de nomenclatures.

L'approche par paniers de soins permet de décrire la convergence du système français avec la « nomenclature fonctionnelle des soins de santé » définie par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans son « Système de comptes de la santé » (OCDE, 2000, actualisé en 2011).

L'hétérogénéité des paniers de soins d'un pays à l'autre « semble refléter la manière dont les auteurs des textes définissant les paniers de soins perçoivent les besoins spécifiques et les carences du système de santé au moment où ils les élaborent. »

Le panier de soins repose également sur les nomenclatures des actes, à l'origine plus répandues dans les pays qui ont un système d'assurance que dans ceux dotés d'un système national de santé, du fait que les soins – du moins les soins ambulatoires spécialisés – y sont souvent remboursés à l'acte.

L'absence d'une catégorie réadaptation analogue à la fonction HC.2 de l'ICHA ne signifie pas qu'il n'existe pas d'actes de réadaptation dans les nomenclatures françaises, comme en témoignent celles que nous citerons.

Elle explique cependant les faiblesses et les incohérences de certaines nomenclatures comme la NGAP ou le CSARR, faute d'un cadre conceptuel robuste.

Cette approche nous permet d'aborder les nomenclatures de réadaptation en référence à la fonction de l'OCDE-ICHA, de la stratégie de réadaptation de l'OMS et de la définition de la réadaptation portée par l'instruction du 28 septembre 2022 (2).

## Le périmètre de la réadaptation

Selon l'instruction, **les cinq missions des SMR** se déclinent ainsi : prévention, soins médicaux curatifs ou palliatifs, réadaptation, soins de transition et coordination (Tableau 1). Nous ne reprendrons ici que la définition de la réadaptation.

**La réadaptation** « a pour objectif premier une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou une augmentation des activités ». Cette définition rejoint la définition de l'OMS et la fonction HC.2 de l'ICHA.

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ».

## La CIF

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de fournir un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap.

Elle a été entérinée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2001 via la résolution [WHA54.21](#).

Le fonctionnement et le handicap sont des concepts multidimensionnels qui permettent de mettre en avant l'interaction dynamique entre plusieurs composantes :

- les fonctions organiques et les structures anatomiques des individus ;
- les activités et les domaines de la vie auxquels ils participent ;
- les facteurs environnementaux qui influencent leur participation ;
- les facteurs personnels.

## Exemples :

<b>Fonctions organiques :</b> <b>b710</b> Fonctions relatives à la mobilité des articulations <b>b715</b> Fonctions relatives à la stabilité des articulations <b>b730</b> Fonctions relatives à la puissance musculaire <b>b168</b> Fonctions mentales du langage	<b>Activités :</b> <b>d415</b> Garder la position du corps <b>d420</b> Se transférer <b>d450</b> Marcher <b>d310</b> Communiquer-recevoir des messages parlés <b>d330</b> Parler <b>d850</b> Emploi rémunéré
--	--

## La NGAP

La NGAP est la nomenclature des actes cliniques réalisés dans le secteur libéral par certains auxiliaires médicaux comme les kinésithérapeutes, etc. Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations (art L.162-1-7 du code de la sécurité sociale).

Ce système permet de tarifier les actes et de les transmettre à l'Assurance Maladie de manière précise et sans ambiguïté.

Concrètement, chaque acte correspond à un code auquel sont attribués, par l'Assurance Maladie, un tarif et un coefficient de remboursement.

S'il existe des actes pour les orthophonistes (AMO) et les masseurs-kinésithérapeutes (AMC, AMS, AMK) en revanche il n'en existe pas aujourd'hui pour les ergothérapeutes dont l'intervention en ville ne peut reposer que sur d'autres mécanismes de financement.

En établissement la NGAP est utilisée pour les actes et consultation externes (ACE) ou pour la mesure interne de l'activité mais elle n'a alors pas d'impact sur les tarifs calculés selon les échelles nationales de coûts où sont intégrées les interventions de réadaptation.

Tout comme la CCAM, la NGAP n'est reliée ni aux états de santé ni aux besoins. Elle ne peut refléter la pertinence de soins. Tout juste peut-elle comparer des charges de travail.

## Le CSARR

Le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) a succédé au catalogue des actes de rééducation et réadaptation (CdARR) en 2013. Il est aujourd'hui le pilier de la classification tarifaire SSR 2022, fondée sur les groupes de réadaptation.

Il est l'illustration parfaite du concept de « chemin de dépendance ».

Une fois qu'une direction est prise par les politiques publiques il est bien difficile voire impossible d'infléchir la trajectoire des réformes. A court terme le CSARR devrait être réformé assez profondément pour être en mesure de capter la fonction de réadaptation définie dans l'instruction de 28 septembre 2022. A moyen terme il ne peut fonder une classification en réadaptation par cas, que ce soit à la séquence ou au séjour.

## Une brève histoire du CSARR

Lors de la création du PMSI-SSR entre 1993 et 1997 le contexte était le suivant :

- assimilation des SSR à une phase de traitement post-aigue, la notion de convalescence se confondant progressivement avec celle de « rééducation fonctionnelle » ;
- contrainte croissante de l'aigu par réduction des lits et pression sur les durées de séjour incitant à organiser les SSR selon les filières et catégories de l'aigu ;
- absence d'identification d'une fonction de réadaptation dans l'offre de soins et dans la comptabilité analytique hospitalière qui sera finalisée avant 2000 ;
- volonté d'outil unique et d'une classification tarifaire unique pour tous les SSR.

Le premier PMSI-SSR se fondait sur les pathologies (CIM) et une échelle de dépendance indigente, jamais validée et qui ne pouvaient aboutir qu'à des groupes de dépendance sans aucune considération pour les besoins de réadaptation.

Alors que d'autres pays face à une situation similaire mesurent les temps de soins de quelques métiers marqueur pour repérer la charge en réadaptation, un catalogue très complexe fut créé. On espérait qu'il garantirait la pertinence des soins. Ce catalogue a suivi l'organisation de la CCAM. Faute d'un concept clair de réadaptation son périmètre s'est avéré exubérant, avec 32 métiers codeurs d'actes qui ne relèvent pas toujours de la réadaptation, ce qui en constituait d'emblée la principale limite.

Le système a encore perdu de sa valeur descriptive lorsque le relevé des temps par interventions a été remplacé par des pondérations associées à chaque acte, lissant la valorisation de façon homogène sur tous les types de SSR sans considération pour l'intensité des soins et ouvrant de surcroît la porte à des pratiques d'optimisation, un acte pondéré 60 pouvant, par exemple, être réalisé en un quart d'heure.

Le CSARR est fondé sur la volonté de repérer des actes globaux regroupant des actes élémentaires et issu des demandes inflationnistes des professions représentées dans les comités du CSARR. Certains actes représentent des méthodes parfois non validées et ne répondent pas à des objectifs de réadaptation.

La multiplicité des métiers codeurs recouvre des pratiques qui ne sont pas remboursées en ville par l'Assurance-maladie, même si elles peuvent l'être par des complémentaires.

Enfin les actes ne sont pas rattachés à un métier précis ouvrant la porte à des substitutions possibles. La pondération des actes collectifs incite aussi à des pratiques d'optimisation des modèles économiques face au coût ou à la disponibilité des ressources humaines. La réforme du CSARR, son intérêt et ses risques.

Élément clé de la nouvelle classification en groupes de réadaptation (depuis mars 2022), il capte les soins consommés mais pas les besoins de réadaptation.

La simplification du futur CSAR (catalogue spécifique des actes de réadaptation) répond à la demande des autorités face à la complexité « byzantine » et la chronophagie dénoncée par tous les acteurs.

Partant de 550 actes environ elle doit aboutir à moins de 150 (100 étaient souhaités).

La référence aux objectifs de réadaptation selon la CIF a servi de guide à la simplification. Le danger c'est la persistance de nombreux actes « multi codeurs », non spécifiques de la réadaptation selon l'instruction de septembre 2022 ou qui font référence à des interventions d'utilité non validée.

Les risques liés à l'optimisation sont importants : actes « fourre-tout », substitutions par des professionnels non spécifiques, surpondérations discutables des actes collectifs facilitant la réduction des coûts, maintien de pondérations moyennant des temps, quelle que soit l'autorisation SMR et dès lors peu compatible avec une tarification par cas traité.

Certains actes ont des pondérations différentes selon les intervenants. Dans le projet de l'ATIH **certaines actes seront pondérés différemment en fonction du temps.**

La pression budgétaire incite à créer des modèles économiques de prise en charge qui jouent de plus en plus sur les failles de la réglementation :

- défaut de critères d'orientation clairs (conditions d'implantation) ;
- conditions de fonctionnement minimalistes ;
- réglementations du contenu des programmes de soin peu exigeantes notamment en HDJ, absence d'instruction gradation ambulatoire ;
- financiarisation par laquelle les logiques cliniques sont subordonnées à des injonctions gestionnaires, en ville comme dans les établissements.

Les acteurs sont poussés à alléger progressivement les contraintes perçus comme des coûts à réduire, que ce soit dans une perspective de survie d'activités utiles dans un territoire ou de rentabilité financière, les deux étant le plus souvent intriquées.

La réforme du CSARR ne peut être le simple résultat de la somme des *lobbyings*.

## Le CSARR peut-il fonder des groupes de réadaptation ?

A plus long terme nous avons vu l'impasse créée d'un part par l'absence de périmètre clair de la réadaptation et d'autre part la mesure *ex post* des ressources, incompatible avec un paiement par cas mais compatible avec un paiement à la journée pondérée. Quelques scénarios peuvent enfin être décrits.

## Perspectives

### Inadéquation des nomenclatures, des modèles économiques et de la réglementation

M. X est victime d'un accident vasculaire cérébral. Après un passage en unité neuro-vasculaire il conserve une hémiparésie sévère et une aphasie avec un fort potentiel de réadaptation. Transféré en SSR système nerveux il ne peut bénéficier que de deux heures de kinésithérapie par semaine, d'une heure d'ergothérapie et d'une seule séance de 45 mn d'orthophonie du fait de l'indisponibilité de ces professionnels.

Par le biais des nomenclatures CSARR, de la multiplicité des codeurs et du codage d'activités collectives notamment en activité physique adaptée et en éducation thérapeutique, la nomenclature CSARR le fait entrer au bout de trois semaines dans un groupe de réadaptation spécialisé (score du séjour 600 et score par jour 30) identique au groupe dans lequel il serait entré avec trois heures de réadaptation, bien équilibrées entre kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie individuelles.

Cet exemple montre qu'en situation de pénurie et sans réglementation exigeante relative aux conditions de fonctionnement, les acteurs sont conduits à construire des modèles économiques à faible coût et s'éloignant progressivement des bonnes pratiques.

En outre, la faiblesse des critères d'admission peut pousser les acteurs à l'alea moral qui consiste à sélectionner des patients plus légers, ambulatoires, et moins coûteux mais rémunérés au même niveau que ceux qui devraient impérativement bénéficier de la structure.

Ajoutons que le clivage entre ce qui est pertinent pour les cliniciens et ce qui l'est pour les payeurs au regard de la réglementation est au détriment de l'autonomie d'organisation des premiers dans le contexte de financiarisation (3) aussi bien dans le cadre des modèles économiques hospitaliers que dans le cadre des soins de ville où l'on voit les cabinets rachetés par des fonds d'investissement.

### Les pondérations : une incitation à la baisse tendancielle de la qualité des soins

Si la pression des modèles économiques incite à l'optimisation néfaste d'un codage par la multiplicité des codeurs et un usage immodéré des actes collectifs, les pondérations témoignent d'un cercle vicieux qui, face à la complexité du CSARR, a pensé le simplifier alors qu'il en détruisait dramatiquement la qualité d'unité d'œuvre.

Un acte peut être individuel, dédié ou non, ou collectif. Lorsqu'en situation d'effectif réduit un rééducateur traite sur un même laps de temps plusieurs patients à chacun desquels il peut n'accorder que 10 mn, il codera un acte individuel dont la pondération reflète les moyennes de temps observées dans un échantillon d'établissements.

Comment dès lors s'assurer que conformément à l'instruction complémentaire les patients en SMR système nerveux ou locomoteur bénéficient bien deux heures de réadaptation par jour avec un périmètre de codeurs aussi exubérant et des pondérations si volatiles ? Le temps est la seule pondération possible.

## Des nomenclatures pour mieux répondre aux besoins de réadaptation

1. Le *statu quo* n'aboutirait qu'au lissage progressif de activités de réadaptation favorisant les modèles économiques au rabais, la fragilisation des équipes et des compétences au détriment de l'accès à des soins pertinents d'efficacité prouvée.

2. Des autorisations fondées sur des critères d'orientation en réadaptation, l'intensité de la réadaptation étant fixée (ex règle des 3 heures aux USA dans les structures hospitalières de réadaptation supposerait une nouvelle réforme des SMR.

3. Des autorisations qui hybrident les trois fonctions curatives de réadaptation et de soins de transition sont les plus probables au moins dans un premier temps. Dans ce cas certains prérequis sont la condition de la réussite :

- Il est indispensable de disposer d'indicateurs de besoins de réadaptation comme le score GG aux USA, *Rehabilitation Complexity Scale* au Royaume Uni.
- Le CSARR, profondément réformé, doit devenir un élément robuste de la classification avec des groupes de réadaptation pertinents pour les cliniciens.
- Le périmètre du CSARR doit être recentré sur les professionnels et les actes de réadaptation, reliés à la fonction de réadaptation par la CIF.
- Il faut revenir à l'indication du temps par intervention et par patient.

Pour l'avenir, nous appuyant sur la littérature internationale, nous proposons un financement par séquence (partie du séjour définie par sa finalité), avec des groupes différenciés selon les missions de l'instruction complémentaire, dont la réadaptation, par un PMSI-SMR dont les nomenclatures sont profondément rénovées (4).

Au moment où la part des recettes issues de l'activité passe à 50% en SMR, la spécification de la mission de réadaptation doit être appliquée aux nomenclatures du PMSI-SMR et à sa capacité à sous-tendre une juste valorisation des soins.

JP Devailly  
MPR  
Président du Syfmer

## Impact de l'instruction du 28 septembre 2022 sur les nomenclatures

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

1. Velasco-Garrido et al. Description des paniers de soins dans neuf pays de l'Union européenne. *Revue française des affaires sociales*, no. 2-3, 2006, pp. 63-90.

2. Instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation

3. La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives. Juillet 2023. Note de la chaire santé de Sciences PO.

4. Devailly JP. Des SSR aux SMR enjeux pour les activités de MPR. *Pratiques en MPR*. 01. Oct. 2023 ; 78-82.

*Ces diverses nomenclatures, et les divers codages, sont sources de confusions, d'interprétations et leur complexité n'en favorise pas l'appropriation. Des questions sur leur « bonne » utilisation-interprétation sont fréquentes. Les réponses données par les uns et les autres laissent perplexes dans leur aussi grande diversité ! L'ICHI \*, dont le président du Syfmer, nous dans un prochain KINESCOPE ne serait-elle pas une perspective de l'évolution souhaitable.*

(\*) International Classification Healthcare Interventions

RetEx



Au cœur d'un établissement  
Portraits, Parcours & Paroles



## Le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) du CHRU de Tours

### Le CHRU de Tours en quelques mots

Le soin, la recherche et l'enseignement sont les trois missions des CHU.

**Le soin** : c'est la première des missions du CHRU et la mission fondatrice des hôpitaux. Les professionnels du CHRU de Tours dispensent des soins de recours et de proximité 24h/24 et 7j/7, du nouveau-né à la personne âgée. L'ensemble des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) sont répartis sur 4 sites.

**La recherche** : Cette mission est rendue possible grâce aux liens tissés avec l'Université de Tours et les autres Établissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (INSERM, CNRS) ainsi qu'avec les autres CHU de l'inter-région.

Le CHRU est membre du groupement HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand-Ouest), structure de coordination et de promotion qui regroupe les CHU et CHR de l'inter-région du Grand-Ouest.

**L'enseignement** : Le CHRU est adossé à la Faculté de Médecine, de Pharmacie, d'Odontologie de la région Centre-Val de Loire, qui assure la formation des médecins, des sages-femmes, des orthophonistes, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes. Le CHRU accueille plus de 1.000 étudiants en médecine et plus de 500 internes et faisant fonction d'internes. Il assure, avec le Conseil Régional, la formation de plus de 1.100 professionnels paramédicaux chaque année.

Il existe dix écoles et instituts de formation rattachés à l'hôpital : IFSI, IFAS, IFTAB Section d'apprentissage des PPH, IFMEM École d'ambulanciers, Écoles d'IBODE et d'IADE, IFCS et École de sages-femmes ; ainsi qu'un Centre de Formation des Apprentis (CFA) Centre Val-de-Loire. Cet ensemble de formation est associé à un Collegium Santé, porté par l'Université pour l'ensemble de la région. Toutefois, il n'y a pas d'école de masso-kinésithérapie au CHRU de Tours.

L'Ecole Universitaire de Kinésithérapie Centre-Val de Loire (EUK-CVL) est située à Orléans. Rappelons que cette école est une composante à part entière d'une Université, celle d'Orléans. Les formations existantes de masso-kinésithérapie étaient jusqu'à présent toutes gérées soit par des centres hospitaliers, soit par des organismes privés.

Cependant, le CHRU de Tours et l'EUK-CVL ont établi un partenariat tant au service des étudiants que des habitants de la région, afin de participer au plus haut niveau d'exigence requis pour la formation des futurs kinésithérapeutes.

Ainsi, le CHRU de Tours a désigné un médecin et un kinésithérapeute du service de MPR pour siéger au conseil de l'école et au conseil d'orientation scientifique et pédagogique de l'EUK-CVL, comme le prévoient les statuts de l'école.

Ces liens tissés entre le service de MPR et l'EUK-CVL permettent des échanges tant dans les domaines de l'enseignement, l'encadrement des étudiants que celui de la recherche.

**Premier employeur de La Région Centre-Val De Loire**, le CHRU de Tours emploie plus de 10 000 personnels médicaux et non médicaux, c'est-à-dire environ 4 % des emplois du département d'Indre-et-Loire. Plus de 150 métiers sont représentés, du médecin à l'informaticien, du jardinier à l'infirmière... Lieu d'insertion professionnelle et tremplin pour l'avenir, le CHRU accueille chaque année environ 2200 stagiaires et 20 jeunes en services civiques. La rémunération versée aux agents (plus de 480 millions d'euros) représente une masse financière ayant un impact direct sur l'économie locale.

## **Le CHRU de Tours en quelques chiffres**

- 8.933 agents non médicaux.
- 2.069 étudiants accueillis.
- 975 recrutements par an.
- 150 métiers différents.
- 1.627 patients hospitalisés par jour.
- 227 greffes d'organes réalisées en 2028.
- 28.135 interventions opératoires par an.
- Plus de 106.645 urgences par an.
- Plus de 3.550 naissances par ans.
- Plus de 1.480.029 repas par ans
- Plus de 3.192.329 tonnes de linge par an.

## Le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) en 2023

Le service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHRU de Tours compte au total 67 professionnels (médicaux, paramédicaux, administratifs) répartis sur les quatre sites du CHRU : Trousseau, Bretonneau, Clocheville et l'Ermitage, prenant en charge les patients des différentes spécialités de la naissance au grand âge.

Les kinésithérapeutes, au nombre de 51, sont la profession la plus représentative au sein du service.

Le site de Trousseau est le service central du service de MPR. Les médecins de médecine physique et réadaptation y reçoivent les patients en consultation externe spécialisée. Ils sollicitent alors les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, l'enseignant en activité physique adaptée pour des évaluations complémentaires. L'interdisciplinarité est bien au cœur de ce service.

Le service de MPR ne comporte pas de lits d'hospitalisation complète ou de semaine. Les kinésithérapeutes du service de MPR interviennent sur l'ensemble des pôles du CHRU dans des spécialités variées permettant ainsi de développer une expertise dans des champs médicaux et chirurgicaux spécifiques, et de se « spécialiser » selon le type de population accueillie (adulte-pédiatrie).

Cependant, il est nécessaire de maintenir un bon niveau de connaissances et de compétences généralistes afin d'assurer la continuité des soins (remplacements durant les périodes de congés – permanences de week-end).

L'ensemble des kinésithérapeutes sont répartis par sites, puis par secteurs regroupant deux à trois services. Certains services sont équipés de plateaux techniques de rééducation (neurologie, médecine aigüe gériatrique, médecine interne post-urgence, SSR gériatrique, pédiatrie....) permettant d'offrir aux kinésithérapeutes des conditions optimales pour la prise en charge de ces patients.



Le service de MPR étant un service transversal au sein de l'ensemble de l'établissement, les kinésithérapeutes occupent une place cruciale au sein du parcours du patient.

Une grande agilité est requise pour répondre de manière pertinente aux prescriptions de kinésithérapie, pour lesquelles l'encadrement et la cheffe de service sont particulièrement attentifs.

L'objectif est de faire appel à un kinésithérapeute si et seulement si la compétence du kinésithérapeute est nécessaire. Une grande vigilance est portée sur d'éventuels glissements de tâches malheureusement inhérents au sein des organisations de soins.

Ainsi, les prescriptions de kinésithérapie toutes informatisées et argumentées, ainsi que la réalisation du Bilan Diagnostic Kinésithérapique permettent d'objectiver la nécessité et la pertinence des interventions de kinésithérapie. Effectivement, la kinésithérapie participe parfois à diminuer la durée du séjour de certains patients, en leur permettant de récupérer l'autonomie nécessaire pour un retour à domicile ou pour être admis dans une structure d'aval. Les demandes de kinésithérapie doivent donc être pertinentes afin de répondre à cet objectif pour le plus grand nombre de bénéficiaires.

Les cadres de santé de filière rééducation, Julie BABIN-HUREL (orthophoniste) et Axel DI VITTORIO (kinésithérapeute) sont chacun.e affecté sur deux sites. Ils travaillent en étroite collaboration de manière à harmoniser les organisations réparties sur l'ensemble des sites, créant ainsi une réelle dynamique de service. Par ailleurs, leurs décisions sont toujours précédées d'une délibération avec le Dr Sybille PELLIEUX, médecin de MPR et cheffe de service, ainsi que Karine BEGON, cadre supérieure du Pôle Reconstruction auquel le service de MPR est rattaché. Ce travail d'équipe permet d'assurer une réponse la plus adaptée possible aux nombreuses problématiques liées notamment à la transversalité du service.

**Outre les actes de kinésithérapie dispensés aux patients hospitalisés, les kinésithérapeutes du service de MPR participent à de très nombreux projets, ce qui rend l'activité professionnelle encore plus passionnante !**



Axel Di Vittorio



Julie Babin Hurel



Dr. Sybille Pellieux

## ➤ Au sein du service MPR Trousseau, participation active des MK :

- au programme d'ETP greffe hépatique en service d'hépatologie ;
- au programme d'ETP Éducation Thérapeutique du sujet atteint de Lymphoedème primaire de Membre (ETALOM) en service de lymphologie ;
- au programme d'ETP ostéoporose et Rhumatisme Inflammatoire Chronique (RIC) en rhumatologie ;
- à l'inclusion de patients dans le projet de recherche industriel Lymphonight en dermatologie ;
- à la conception et la mise en œuvre de la journée tourangelle de lymphologie destinée aux MK libéraux, en lien avec le service de dermatologie ;
- au projet de recherche VentilAktion per opératoire en chirurgie CARDIAQUE avec pression expiratoire positive élevée associée à des Manœuvres de recrutement alvéolaire : impact sur le devenir post-opératoire (PHRIP VACARM-2018 - CHU de Rennes).
- à l'élaboration du projet Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en chirurgie thoracique.
- au protocole national de recherche « Evaluation à domicile de patients adultes atteints d'amyotrophie spinale : étude de validation multicentrique » porté par l'Institut de Myologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris.

## Par ailleurs

- Projet de recherche proposé par un MK aux étudiants de l'EUK-CVL dans le cadre de leur mémoire de Master 2 : « Evaluation du projet ETALOM au CHRU de Tours : Éducation Thérapeutique du sujet atteint de Lymphoedème primaire de Membre - programme pour les enfants, adolescents, parents, adultes ».
- Etude : « Impact du drainage lymphatique manuel de l'œdème de la face et du cou après chirurgie orthognatique – essai randomisé » (Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédical (PHRIP) DLMOF- 2012 CHRU de Tours).
- Deux publications sont en cours de soumission par Axel DI VITTORIO.

## Enfin à signaler

Participation du service de MPR au congrès de des Journées Nationales de Lymphologie organisées par la Société Française de Lymphologie et le CHRU de Tours qui se dérouleront les 23 et 24 novembre 2023. La thématique sera « Le patient au cœur de la prise en charge ». Deux MK du service de MPR, un enseignant en activité physique adapté et le kinésithérapeute cadre de santé interviendront en séance plénière et lors d'animations d'ateliers pratiques. La préparation d'un congrès national nécessite un travail en amont passionnant, mobilisant des compétences complémentaires aux activités de soins ou d'encadrement quotidiennes.

## ➤ Au sein du service MPR Bretonneau, participation active des MK :

- au projet de recherche « Impact sur la condition physique d'une intervention kinésithérapique précoce avec un programme standardisé de thérapie par l'exercice chez les patients adultes recevant une chimiothérapie intensive d'induction pour le traitement d'une leucémie aiguë lors d'une hospitalisation prolongée. Essai de supériorité contrôlé randomisé en bras parallèles, multicentrique ». Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional (PHRC-I) KINHEMO - 2019-CHU d'Angers ;
- à la réalisation du projet « L'activité physique accessible depuis les téléviseurs des chambres des patients » : deux vidéos pour inciter les patient.es à effectuer des séries de mouvements corporels après un alitement prolongé sur avis du kinésithérapeute. (vidéos sont bien entendu complémentaires des prises en charge rééducatives avec le kinésithérapeute) ;
- à un projet de recherche institutionnel sur la paralysie diaphragmatique porté par le service de pneumologie ;
- à l'ETP maladies auto-immunes et inflammatoires en service de médecine interne : atelier activité physique – gestion de la fatigue ;
- à l'ETP chirurgie bariatrique et participation à la création d'une RCP régionale ;
- à des formations flashes au sein du Pôle Vieillesse (installation au lit, au fauteuil, transferts) – Identification de référent.es métiers (binôme ERGO – MK) ;
- au COPIL "Achat et location de matériel de rééducation et réadaptation" du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Achats de Centre (un MK et une ERGO) ;

## ➤ Au sein du service MPR Clocheville, participation active des MK :

Etude « Impact de l'expiration forcée en décubitus homolatéral sur la durée du drainage pleural après chirurgie pulmonaire chez l'enfant : essai randomisé » (PHRIP KPDP- 2014 porté par Emilie CHICOISNE, MK dans le service de MPR) : le travail de gel de base des données, de fermeture des centres d'inclusions, de traitement des données par la biostatisticienne a débuté en 2023.

Participation des MK au COPIL oralité au sein du Pôle Enfants.

Participation de MK au projet de recherche industrielle PTA17333 : l'objectif est de déterminer l'efficacité, l'innocuité, la pharmacocinétique et la pharmacodynamique de l'avalglucosidase alpha chez des enfants atteints de la maladie de pompe.

Réalisation par les MK du projet « Quelle activité pour les MK en orthopédie pédiatrique en 2023 ? » : l'objectif est d'adapter l'offre de rééducation aux nouveaux besoins du service d'orthopédie en kinésithérapie.

## ➤ Au sein du service MPR Ermitage, participation active des MK :

Création d'une activité d'Hôpital de jour Gériatrique « Pôle Vieillesse ». Participation de deux rééducateur.rices à la mise en place de ce projet institutionnel en collaboration avec le docteur JAUME, médecin de MPR.

Intervention des MK pour les formations flashes au sein du Pôle Vieillesse (installation au lit, au fauteuil, transferts) – Identification de référent.es métiers (binôme ERGO – MK).

Participation des rééducateur - rices à la réflexion sur le projet institutionnel de réorganisation de la prise en charge des patient.es au sein du SSR.

Rédaction par Axel DI VITTORIO d'une fiche de cadrage pour contribuer à la réorganisation institutionnelle du SSR sur le pôle vieillissement (suite accords locaux 2022).

Projet de recherche proposé par un MK aux étudiants de l'EUK-CVL dans le cadre de leur mémoire de Master 2 : « Impact de la rééducation en réalité virtuelle dans le traitement kinésithérapique du syndrome post-chute de la personne âgée : une étape incontournable pour monter un projet de financement au fond de dotation du CHU pour l'acquisition de ce type de dispositif ».



Intégrer le service de MPR du CHRU de Tours, comme kinésithérapeute, c'est l'assurance d'exercer avec passion son métier dans une communauté hospitalo-universitaire engagée, dynamique et rayonnante.

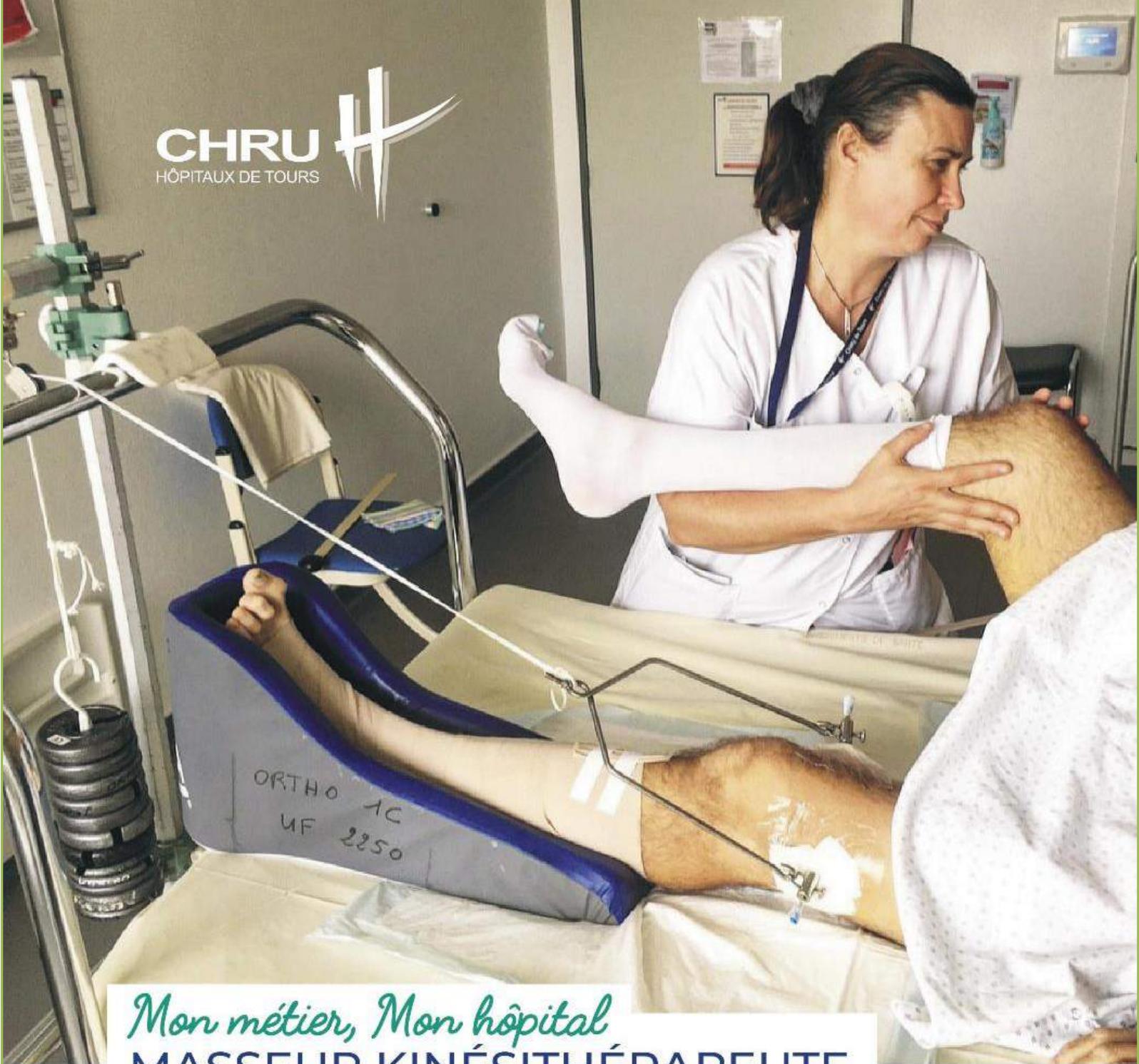
C'est également l'assurance d'exercer son métier en pluridisciplinarité, de pouvoir innover, de s'impliquer dans des projets très variés, d'être en contact permanent avec les étudiants et de se maintenir en veille concernant les dernières innovations médico-chirurgicales.

Enfin c'est l'assurance de pouvoir conjuguer dans de parfaites conditions vie personnelle et vie professionnelle.

**2 postes restent à pourvoir, rejoignez-nous !**

Axel Di Vitorio  
Kinésithérapeute Cadre de Santé

CHRU  
HÔPITAUX DE TOURS



*Mon métier, Mon hôpital*

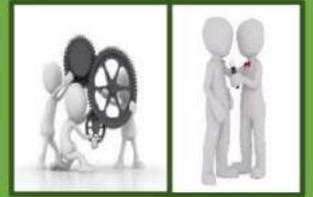
**MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE**

- o Chaque année, près de **1.000 professionnels** choisissent le CHRU de Tours, pourquoi pas vous ?



► Découvrez nos offres en scannant le qr-code ou en allant directement sur [www.chu-tours.fr](http://www.chu-tours.fr) > Rubrique « Nous rejoindre »

# RETOURS 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*



## Faire équipe et être aux cotés ... des étudiants stagiaires.

*Pourquoi & comment ... mais surtout « pour...quoi » être - parmi et en lien avec l'autre, tous les autres tous aussi essentiels et indispensables - **juste(s) intervenant(s)** ... au(x) **juste(s) moment(s)** et à la **juste place** ?*

*« Accueillir, Accompagner et Acculturer » les étudiants stagiaires paraissent les trois actions, trois conditions indispensables d'un véritable « Tutorat, Mentorat et Partenariat » (TMP) prôné par le CNKS suite à une première étude diligentée entre aout et septembre 2020 : « Accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie : pour...quoi et comment ? Lien avec l'attractivité de l'exercice salarié à l'hôpital ou en SSR ? » ... et aux propositions du Groupe de Travail ACCES formulées lors des JNKS 2021 et rapportées dans KINESCOPE n° 13, tant pour la dimension préprofessionnalisation de l'apprenant – expérimentant - que pour la dimension « attraction fidélisation » du futur professionnel.*

*Les grandes tendances de l'étude longitudinale en cours (2022 – 2024) concernant les déterminants du mode d'exercice et dont l'objectif est d'évaluer l'impact du parcours de stage sur l'exercice professionnel futur confirment l'importance pour l'étudiant stagiaire de la « rencontre » durant le stage entre :*

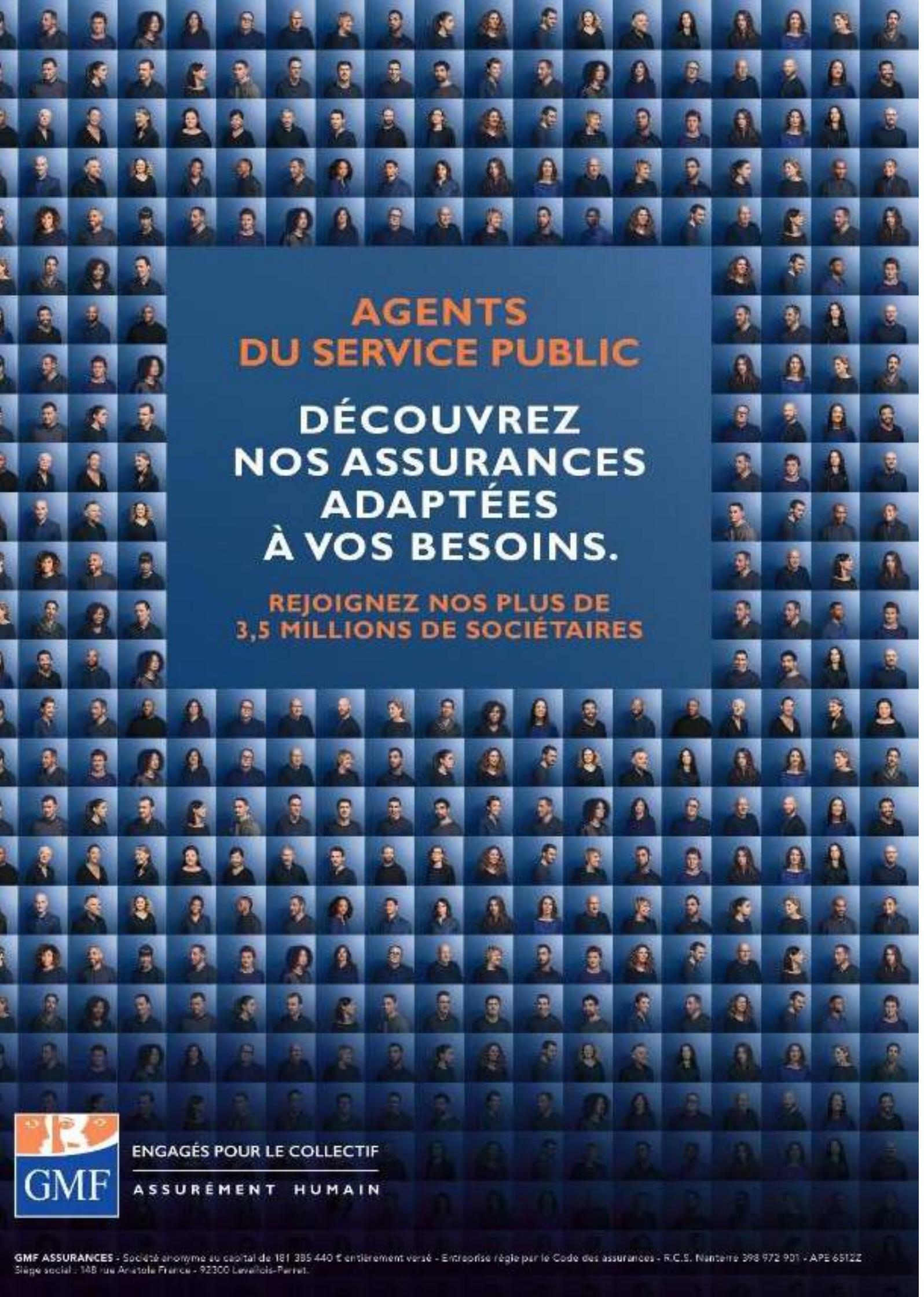
- *la **technique** (critère de choix majeur des stages reposant sur la « spécificité » du service d'accueil)*
- *la **dynamique d'équipe** dont l'élément indispensable est l'accompagnement (dont l'accueil de l'étudiant par le tuteur), qui influence le projet professionnel et peut alors développer son intérêt pour l'exercice salarial à l'issue du stage,*
- *les **aspects sociologiques** des établissements des organisations hospitalières et des structures de soins ; une découverte et une appréhension de « l'écologie » du système, et des pratiques professionnelles, trop souvent pensée uniquement comme élément périphérique peu important.*

Les conclusions du séminaire JNKS 2020 montrent l'importance déterminante sur le choix du mode d'exercice de cet accueil - accompagnement: « L'accompagnement doit aller au-delà du tutorat, se prolonger d'une réelle démarche de découverte et d'appropriation du milieu, de l'hôpital ou du centre de rééducation mais aussi du système environnant dans lequel sont produites les prises en charge ».

Dans ce contexte KINESCOPE souhaite interviewer, donner la parole, au travers de RETEX, à celles et ceux qui aujourd'hui – encore ou à nouveau – pensent cet **Accueil** dont l'**Accessibilité**, cet **Accompagnement**, et cette **Acculturation** comme une démarche gagnant-gagnant, comme un label de qualité.

Simple RETEX, en application globale des dispositions réglementaires, ils révèlent aussi et surtout de la diversité des appréhensions du sujet par les bénéficiaires, professionnels et établissements, et de leurs engagements pour le compagnonnage que notre profession – et, peut-être plus particulièrement, notre métier de Kinésithérapeute Salarié du fait de son exercice au sein d'équipes – requièrent pour affirmer, marquer, prouver son utilité sociale dans ce domaine.

Véronique Grattard  
Vice Présidente Formation



**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**

## RetEx



### Au cœur d'un établissement Portraits, Parcours & Paroles

DUDOUEY Renaud  
Cadre kinésithérapeute  
Responsable du plateau technique de rééducation

Le centre hospitalier d'Auxerre, est l'hôpital pivot de l'Yonne, et dispose de 550 lits et places. L'équipe de rééducation est composée de 13 kinésithérapeutes, 3 EAPA, 2 Ergothérapeutes, une infirmière, une aide-soignante, et moi-même, cadre kinésithérapeute. Nous intervenons sur les services MCO (une équipe de 6 kinésithérapeutes, et un EAPA), les services SSR (une équipe de 5 kinésithérapeutes, une ergothérapeute et un EAPA), et l'équipe d'HDJ SSR Gériatrique (2 kinésithérapeutes, 1 EAPA, 1 Ergothérapeute, 1 IDE, 1 AS).



Nous accueillons des étudiants en kinésithérapie, ergothérapie et en APA. Nos étudiants en kinésithérapie proviennent en priorité de l'IFMK de Dijon et de celui de Vichy. Mais nous accueillons également ceux qui viennent de plus loin, y compris des autres pays européens. Je me rappelle d'une étudiante qui nous venait de Mayotte. Nous nous voulons accueillants et bienveillants. Nous disposons de 4 chambres modestes, pour les accueillir, dans l'enceinte de l'hôpital. Ces chambres sont gratuites pour eux.

Nous avons voulu leur proposer ce qu'il y avait de spécifique à l'hôpital, et que potentiellement ils ne verraient pas ailleurs.

Pour commencer, j'ai rédigé une charte à destination des étudiants, où j'évoque les comportements que nous apprécions et ceux que nous apprécions moins ... Je la lis avec eux la première matinée, où je les garde avec moi, justement pour leur donner les informations importantes.

Cela permet d'éviter aux tuteurs d'être obligés de faire des remarques déplaisantes. Je parle par exemple de l'utilisation intempestive du portable. A l'inverse, je leur demande de me signaler tout débordement agressif à leur rencontre, que ce soit de la part des services de soins ou des professionnels de l'équipe.

J'évoque la tenue, la ponctualité, et le dynamisme dont ils doivent faire preuve. Un stage réussi dépend en grande partie d'eux même. C'est à eux de chercher les informations.

Sinon, nous leur proposons d'aller au bloc opératoire, de préférence sur des interventions relevant de l'orthopédie, mais pas obligatoirement, ce peut être en salle « urgences » sur du non programmé.

Ils y restent le temps qu'ils veulent, cela va de quelques minutes, pour ceux qui ont du mal à le supporter, jusqu'à 6h lorsque les programmes les intéressent. Pour les âmes sensibles, certains sont sortis, ont pris l'air, et finalement y sont retournés, et cela s'est très bien passé. Je précise qu'il n'y a pas d'obligation. Jamais, quelques soient les propositions, cela reste des propositions.

Ils peuvent également participer à une épreuve fonctionnelle respiratoire. Pour cela ils y vont en groupe et la technicienne leur fait une démonstration sur de vrais patients, ou sur eux-mêmes, si c'est possible. Cela dure en général une heure.

Ils peuvent également assister à une série de coronarographies, trois ou quatre selon les programmes. La durée de cette séquence est variable, mais peut être de deux heures.

Ensuite, on passe aux consultations externes, pour des fibroscopies, soit pulmonaires, soit gastriques, ou les deux selon les programmes, et la disponibilité des professionnels. Là également on est sur une heure voire deux.

Le secteur d'imagerie leur ouvre également ses portes. L'exigence requise est qu'ils y aillent, mais un par un pour aller voir un scanner, ou une IRM et surtout se faire expliquer par les manipulatrices ce que l'on voit.

Pour en terminer avec ces propositions, il est également possible d'aller au service mortuaire, afin de voir où se termine quelquefois la prise en soins. C'est surtout l'organisation, qui leur est montrée, avec les salles de présentation, et autres chambres réfrigérées, voire les réfrigérateurs.

Mais il faut reconnaître que ce n'est pas le secteur, qui rencontre le plus de succès, et je n'insiste pas sur le sujet, qui reste à la marge.

On peut souligner que c'est bien volontiers que les services concernés se prêtent au jeu. Je crois que les professionnels apprécient de parler de leur activité. Le plaisir est donc partagé. Les retours sont positifs à 100%, sauf exception, qui ne mérite pas que l'on s'y attarde.



Il va de soi, qu'il y a une planification, qui doit se faire en amont, de ma part, avec un certain nombre d'appels téléphoniques auprès de mes collègues, mais encore une fois cela se passe toujours très bien, pas de signe d'agacement. Et lorsque ce n'est pas possible, c'est dit sans difficulté.

Notre établissement a une bonne cote sur les réseaux sociaux, en ce qui concerne l'accueil des stagiaires, et cela nous permet d'avoir finalement beaucoup de monde tout au long de l'année, et parmi ceux-là certains choisissent de venir travailler chez nous.

Pas forcément pour un temps très long, mais vu la situation actuelle des établissements je m'en contente largement.

Il y a également un roulement pour ne pas solliciter les tuteurs en permanence. N'oublions pas qu'un étudiant aide dans les soins, mais c'est aussi une charge mentale pour le tuteur.

Pour terminer, nous proposons également aux étudiants de nous présenter quelque chose oralement, quel que soit le sujet, c'est eux qui choisissent, histoire de s'entraîner à la prise de parole en public. La présentation ne doit pas excéder dix minutes.

Je n'hésite pas à regrouper un auditoire d'une dizaine de personnes, pour bien mettre la pression ! Ce n'est évidemment pas noté, mais commenté.

Je réfléchis à d'autres éléments que l'on pourrait proposer, mais attention, que cela ne devienne pas une visite guidée, qui en oublierait l'essentiel, c'est-à-dire la kinésithérapie.



# EKINNOX

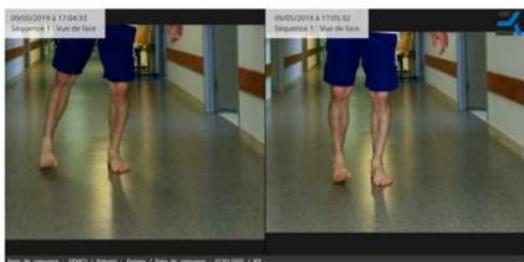
Suivez le mouvement



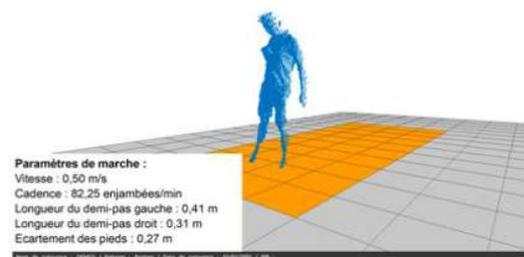
Distribué par :  
**Médimex**  
EVALUATION - RÉDUCTION - PERFORMANCE

# inTrack

## Dispositif Médical d'Analyse Quantifiée et Visuelle de la marche

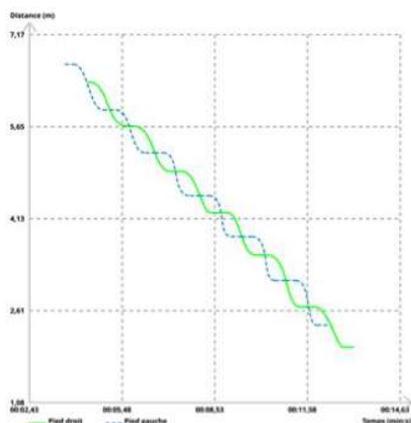


Fonctionnalités vidéo  
(zoom, comparaisons, ...)



Paramètres de marche :  
Vitesse : 0,50 m/s  
Cadence : 82,25 enjambées/min  
Longueur du demi-pas gauche : 0,41 m  
Longueur du demi-pas droit : 0,31 m  
Écartement des pieds : 0,27 m

Visualisation 3D



Analyse graphique  
(longueur/largeur des pas,  
angles genoux/hanches)



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](http://www.ekinnox.com)

[nicolas.maire@ekinnox.com](mailto:nicolas.maire@ekinnox.com)

+33 (0)6 67 47 58 01

## RetEx



**Au cœur d'un établissement  
Portraits, Parcours & Paroles**

**Servane Prieu  
Cadre de santé kinésithérapeute**

### **Accueil et accompagnement des étudiants M-Kinésithérapeutes au sein de l'Hôpital Léon Bérard, SMR privé à but non lucratif.**

Situé dans le département du Var, à Hyères les Palmiers, l'Hôpital Léon Bérard dispose de trois plateaux techniques spécialisés (neuro-vasculaire, locomoteur/brûlés et réadaptation cardiaque). Trente-cinq masseurs-kinésithérapeutes exercent sur ces différents plateaux techniques et partagent au quotidien leur pratique et leur expérience professionnelle avec des étudiants MK.

Nous recevons des étudiants de nombreux IFMK, et privilégions un partenariat avec les instituts de proximité. Néanmoins, nous accueillons également, dans la mesure des places disponibles sur nos terrains de stage, des étudiants en provenance d'autres régions ou d'établissements étrangers. La capacité d'accueil résulte d'un choix issu de discussions avec les équipes de chaque plateau technique.

Le volontariat des tuteurs est, au sein de nos équipes, une condition jugée indispensable pour assurer aux étudiants le meilleur accueil et accompagnement possible. Dans cette démarche, la formation au tutorat et à l'usage du Portfolio est organisée en partenariat avec les instituts de formation.

Ainsi, au regard de ces principes, nous acceptons donc en moyenne vingt-cinq à trente étudiants par an, avec un maximum de deux étudiants présents simultanément au sein d'un même plateau technique.

L'arrivée est préparée en amont, par échange de mail entre l'étudiant et le cadre de rééducation, pour ce qui relève de l'aspect logistique (des tenues professionnelles sont mises à disposition et entretenues par l'établissement) et organisationnel (horaires de stage, lieu de rdv...). Différents éléments sont également consultables sur le site internet de l'établissement. En pratique, masseur-kinésithérapeute et cadre de rééducation, l'un tuteur l'autre maître de stage, concourent à l'accueil des étudiants au cours de leurs premiers jours de stage.

L'étymologie du verbe « accueillir » ; formé du verbe « cueillir » et du préfixe d'origine latine « ad » qui signifie « vers » ; est importante car elle indique que dans « accueillir », il y a une idée d'action et de volonté.

« Cueillir » vient du latin « colligere » et porte également dans son sens étymologique une idée de collectif, de rassemblement ; tout en veillant à ne pas occulter les besoins spécifiques de chacun au profit de la logique du collectif.

Accueillir un étudiant, c'est donc être présent pour le recevoir et l'admettre au sein d'un groupe, d'une communauté ; c'est aussi accompagner et faciliter au maximum son intégration au sein de l'équipe de professionnels qu'il rejoint. Cette « double dimension » est décrite par la psychosociologue Danielle Rapoport : « Accueillir est peut-être, parmi les verbes, celui qui éclaire le mieux cette double dimension d'être présent à l'autre ; présence physique, présence psychique, étroitement intriquées et pourtant si différentes » (2010).

Le premier jour du stage, l'étudiant est reçu par le cadre de rééducation qui présente l'hôpital et plus précisément le plateau technique (organisation et fonctionnement) au sein duquel se déroulera le stage.

Nous remettons à chaque étudiant un « livret d'accueil du stagiaire ». Ce dernier s'adresse à tous les étudiants/stagiaires quel que soit leur cursus de formation. Il a pour objectif de favoriser dès les premiers jours leur intégration au sein de l'établissement.

Ce livret est volontairement pensé et rédigé de manière indifférenciée entre les différents stagiaires, car il a pour vocation la compréhension de l'entreprise dans sa globalité.

La première partie de ce livret est consacrée à la présentation de l'organigramme fonctionnel de l'établissement ainsi qu'aux différentes instances (CME, CDU, CLIAS, CLUD, CLAN...). Un historique relate l'évolution de l'hôpital, qui justifie aujourd'hui son positionnement sur l'échiquier sanitaire de la région, ainsi que ses articulations avec les autres établissements de santé. La seconde partie s'attache à présenter la politique qualité (bienveillance/maltraitance, identitévigilance, hygiène...); enfin la dernière partie reprend des informations pratiques ainsi que des consignes de sécurité.

A la suite de ce premier échange, l'étudiant fait connaissance avec son tuteur de stage qui se chargera de le présenter aux différents membres de l'équipe du PT, mais également aux différents professionnels avec lesquels ils vont être amenés à interagir dans le cadre de la prise en charge du patient (autres professionnels de rééducation, IDE, AS, médecin).

Afin de faciliter l'accès aux informations de prise en charge ainsi qu'aux dossiers des patients, nous avons fait le choix institutionnel de mettre à disposition des étudiants un accès à notre Dossier Patient Informatisé uniquement en mode lecture.

Les étudiants disposent ainsi dès la première semaine d'informations aussi complètes que possible au sujet du fonctionnement global de l'établissement.

L'accompagnement se construit ensuite en fonction des situations rencontrées ainsi que des objectifs/souhaits de chaque étudiant.

Le niveau d'équipements des différents plateaux techniques leur permet de découvrir et de tester concrètement de nombreux dispositifs innovants.

Nous dégageons du temps, tuteur et maître de stage, pour accompagner et réguler des « topo » réalisés par un ou plusieurs étudiants, au sujet de pathologies ou d'équipements spécifiques.

La rencontre avec les autres professionnels et étudiants paramédicaux est en général spontanée ; elle est facilitée par la pluralité des prises en charge ainsi que par la proximité géographique des différents intervenants. Les stagiaires sont invités à participer aux synthèses pluridisciplinaires ainsi qu'aux différentes activités collectives proposées au sein de l'établissement, afin de prendre la mesure de la place prépondérante du travail pluridisciplinaire.

Les échanges avec les autres professionnels de santé ou autres, en dehors du contexte de la prise en charge d'un patient, ne sont ni imposés ni proposés systématiquement. Ils sont en revanche accompagnés si l'étudiant en formule le souhait. Toutefois, certaines de ces démarches se heurtent parfois aux limites de temps et de planning de chacun.

Afin de favoriser ces échanges, nous mettons également à profit des semaines à thème (sécurité patient, douleur, bien-être.) pour inviter les étudiants à prendre part et à s'investir dans des temps de dialogue et de formations institutionnels.

A titre d'exemple, nous proposons aux stagiaires, toutes filières confondues, de construire ensemble des vidéos, jeux ou autres (KAHOOT, escape game) qui sont ensuite proposés aux professionnels de l'établissement. Ces actions permettent une autre forme de sensibilisation au travail en équipe pluridisciplinaire.

L'accueil et le parcours de stage sont ainsi bâtis sur des rituels et fondamentaux définis. Disposant de différents outils et supports dès les premiers jours du stage, nous accompagnons mais ne guidons pas les étudiants au cours de ce dernier. Le parcours de chaque étudiant est donc soumis à différents facteurs, plus ou moins favorisant, sur lesquels le contrôle n'est pas toujours possible.

L'investissement personnel et la curiosité professionnelle de chaque individu en sont une partie ; il appartient à chaque étudiant de construire la spécificité de son propre parcours de stage. Le contexte « ressources humaines » (absentéisme programmé, non programmé, période de vacances) du temps sur lequel se déroule le stage est un autre facteur qui va influencer sur la qualité ainsi que l'exhaustivité du parcours de stage.

Accueillir c'est bien plus que recevoir, c'est aussi « aller vers ». L'accueil implique une dynamique mutuelle ; et suppose une certaine volonté de la part de l'accueillant comme de l'accueilli, qui remet en question les habitudes et les automatismes de chacun.

## Accueil et accompagnement des étudiants au sein des équipes de rééducation

### Forces

- Le volontariat et l'implication des tuteurs
- Expérience professionnelle et expertise des tuteurs
- Niveau d'équipement des plateaux techniques / dispositifs innovants
- Accompagnement individualisé

### Faiblesses

- Manque de temps pour présenter et investir le fonctionnement des services « non soignants »
- Cloisonnement des terrains de stage rééducation/services de soins/services non soignants en lien avec des limites d'organisation et de planning

### Opportunités

- Développement du travail pluridisciplinaire
- Curiosité intellectuelle
- Attractivité pour de futurs professionnels de santé
- Questionnement des pratiques professionnelles

### Menaces

- Charge de travail des équipes qui peut être fluctuante en raison de différents facteurs (absentéisme programmé/non programmé)
- Manque d'investissement et/ou d'appropriation du stage par l'étudiant.

Bibliographie : RAPOPORT Danielle, « accueillir », Sylviane Giampino éd., Accueillir. Erès, 2010, pp. 11-18

## RECRUTEMENT MASSEUR KINESITHERAPEUTE

Contact: Servane PRIEU  
HYERES – VAR (83)  
[s.prieu@leonberard.com](mailto:s.prieu@leonberard.com)  
04 94 38 00 15

Poste MK temps plein  
CDI /CDD long

**SEMAINE DE 35H EN  
4 JOURS ou 5 JOURS**

PT Réhabilitation Neuro-  
locomoteur  
PT Réadaptation cardiaque

Hospitalisation  
Complète  
Hospitalisation de jour

REMUNERATION CCN51  
&  
REPRISE TOTALE  
ANCIENNETE + PRIMES+  
SEGUR  
Hébergement possible

Plateau Technique spécialisé:

Locomoteur  
Neurologie  
Réadaptation cardiaque



## ReTeX



### Au cœur d'un établissement Portraits, Parcours & Paroles

Frédéric Desramault  
Kinésithérapeute CH Darmetal

#### Accompagnement des stagiaires

Avant même être diplômé, cette question de l'accompagnement des stagiaires m'a beaucoup taraudée.

Quel tuteur avais-je envie d'être ?

Pour répondre à cette question, il m'a fallu plonger dans mes souvenirs de stages, me rappeler mon rapport à mes tuteurs et faire le point sur ce que j'avais apprécié chez les uns, moins chez les autres.

Quels étaient les tuteurs qui m'avaient profondément marqué par leurs qualités ou au contraire, les absolus contre-exemples à ne pas suivre ? J'ai bien évidemment décidé d'essayer de pencher du bon côté !

J'ai été marqué par mon ancien chef Loïc Coquisart, qui, à mon sens, proposait un accompagnement idéal des étudiants (et des professionnels), de façon très pragmatique et opérationnelle. Les éléments les plus importants pour l'encadrement des étudiants sont la considération et le respect ; cela permet une disposition de détente et sérénité davantage favorable à l'acquisition de connaissances et à l'acceptation des remarques faites sous formes d'axes d'amélioration.

Dans notre situation, cette relation de confiance se crée en amont du stage, avec des échanges par courriels ou par téléphone que nous avons avec les étudiants, qui demandent des précisions concernant l'organisation pour le premier jour :

Où se rendre exactement ?

Qui solliciter ?

Faut-il apporter ses tenues ?

Quelle organisation pour la prise des repas ?

En plus de répondre à toutes leurs questions, nous leur envoyons **un livret d'accueil** que nous avons créé, évoquant tous ces éléments. Dans ce livret, nous avons quelques recommandations de lecture d'articles permettant de préparer l'arrivée du stagiaire, afin de comprendre à minima ce à quoi ils vont être confrontés.

Lors du premier jour, nous avons à cœur de mettre les étudiants à l'aise.

Nous préconisons le tutoiement, nous faisons le point sur ses stages précédents, mais aussi sur ses attentes du stage, en en déterminant les objectifs le plus tôt possible.

Nous nous sommes organisés au préalable pour qu'ils disposent dès le premier jour, de leur accès informatique aux dossiers des patients.

Lors de ce premier jour, nous invitons les étudiants à s'organiser afin de passer du temps auprès des autres professionnels de la rééducation et au-delà, leurs missions n'étant pas réduites à la seule réalisation de soins de rééducation. Dès que possible lors du premier jour, la cadre de rééducation vient saluer les étudiants.

Dans la foulée, les étudiants sont invités à observer l'activité sur le plateau technique. En fonction de leur année d'étude, nous leur proposons tantôt d'observer activement l'activité sur le plateau technique, tantôt, dès le premier jour, de réaliser quelques soins (mobilisation, massage, exercice d'équilibre), précédés d'un temps de lecture du dossier du patient. Nous leur posons des questions afin de mobiliser les connaissances sur le domaine gériatrique, pour jauger leur niveau de connaissance mais aussi pour les accompagner progressivement à passer de l'observation à la pratique.

Dans le cadre d'un passage à la pratique, nous échangeons avec les étudiants afin de savoir ce qu'ils comptent faire, comment et à quel objectif cela correspond. Nous leur proposons de les observer et de faire des ajustements, si besoin, de ce qu'ils disent et de la façon dont ils le disent, mais aussi ce qu'ils font et de la façon dont ils le font (éléments techniques, gestion de la sécurité du patient, etc.).

De façon systématique, nous planifions un temps d'échange à mi-stage et un bilan de fin de stage. Les remarques et propositions d'ajustements sont réalisées en temps réel sans attendre ces temps formels, afin de donner un maximum de possibilité à l'étudiant de s'améliorer.

Les étudiants sont invités à prendre en soins différents patients encadrés par différents tuteurs, leur permettant d'expérimenter les différentes approches possibles des différents tuteurs. Cela a toujours été très apprécié de la part des étudiants.

Les étudiants sont également invités à participer aux grandes visites, staffs, visites à domicile, PASA, accueil de jour et à prendre en soins des usagers dans les différents services, que ce soit en SMR ou en EHPAD. Nous demandons aux étudiants de se créer un planning de leur activité, afin de planifier leur activité mais les temps d'observation avec d'autres collaborateurs, l'objectifs étant qu'ils s'y retrouvent au quotidien.

Nous faisons en sorte de prendre des temps d'échange en amont des découvertes (ex : découverte de l'activité en UHR, au PASA ou encore en accueil de jour) afin de les préparer au mieux à ce à quoi ils vont être confrontés. Nous prenons également des temps ponctuels de « retour sur situation ».

Je prends un exemple tout récent : j'étais avec une étudiante K3 dans une unité. Un patient qui présente un déclin récent de ses capacités fonctionnelles et cognitives est assis au bord de son lit, avec une tendance s'allonger sur le côté, la tête reposant sur le pied du lit. J'accompagne le patient à s'allonger confortablement sur son lit. Quelques instants plus tard, nous observons le patient semi-allongé la tête reposant sur le pied de lit comme quelques instants auparavant ; je ne suis pas intervenu cette fois-ci. Quelques instants après, nous entendons un bruit sourd dans l'unité : le patient est tombé.

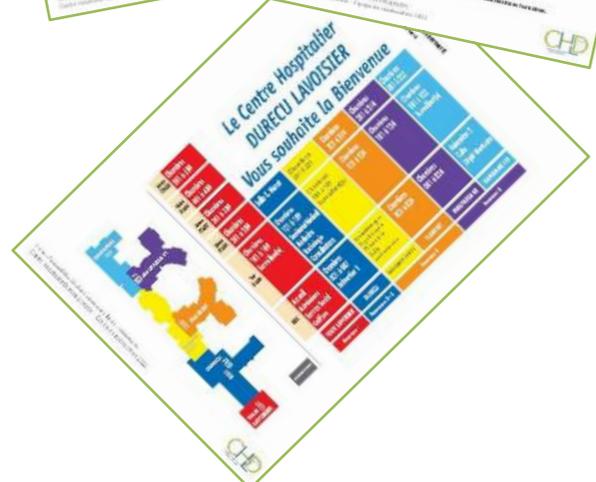
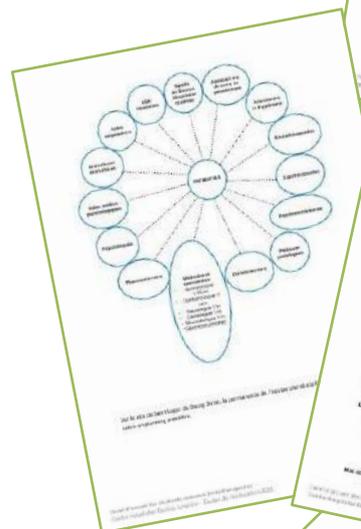
L'étudiante se précipite alors que je me rapproche sans me presser mais en parlant au patient, lui demandant posément ce qu'il s'est passé.

L'étudiante est paniquée et suggère que l'ON relève au plus vite le patient ; après vérification de l'interne qu'il n'y avait pas de contre-indication au relever, je propose d'aider le patient à se relever du sol. Il me dit qu'il a besoin d'une minute de repos puis je l'accompagne à se relever du sol. Une fois le patient relevé, j'ai pris du temps avec l'étudiante pour revenir sur la situation et expliquer le différentiel entre son ressenti et le mien, expliquer mon attitude, permettant d'aborder des notions telles que l'âgisme, le savoir-être en cas de chute ou encore la dépendance iatrogène.

Tout au long du stage, nous sollicitons l'étudiant à nous faire part de ses souhaits en matière d'objectifs, d'accompagnement ou encore de découverte de situation.

Le bilan de fin de stage permet de notifier toutes les compétences mises en évidence au cours du stage, l'évolution de l'étudiant, sa capacité à prendre en compte les remarques et faire évoluer sa pratique. Une fois la validation du stage réalisée, nous demandons un retour aux étudiants concernant leur ressenti et leurs suggestions en termes d'accompagnement.

Nous accueillons volontiers tous les autres étudiants (externes, étudiants infirmiers, aides-soignants, etc.) et prenons du temps pour leur expliquer les points importants de notre pratique.



# Kinésithérapeute Salarié, un métier et un exercice en (r)évolution !



C'est dans cette dynamique que nous recherchons des kinésithérapeutes pour intégrer l'équipe du service de Médecine Physique et Rééducation du CHU. Vous êtes attirés par les soins critiques ? la kinésithérapie respiratoire ? vous attachez de l'importance à la coopération interprofessionnelle ? et vous souhaitez contribuer à l'amélioration des capacités fonctionnelles des patients hospitalisés ? **rejoignez nous !**

Vous accéderez à la formation, participerez aux études et projets en cours. Venez faire vivre la spécificité de la kinésithérapie hospitalière, portez avec nous l'expertise kinésithérapique au bénéfice des patients et des résidents... Vous participerez à la prévention, l'évaluation et au traitement des troubles du mouvement, de la motricité, des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles

Il s'agit de :

- l'évaluation, de l'élaboration de recommandations et d'un pronostic rééducatif.
- la kinésithérapie respiratoire.
- la participation à la prise en charge des troubles de la déglutition.
- la kinésithérapie (loco)motrice et fonctionnelle précoce des déficiences ou altérations spécifiques acquises ou ayant justifiées l'hospitalisation.
- consultations dans des domaines kinésithérapiques spécifiques.
- assurer des actes de kinésithérapie respiratoire les weekends et jours fériés.

## Poste à pourvoir

**MASSEUR KINESITHERAPEUTE**  
Temps plein ou temps partiel,  
de jour, en CDD ou CDI,  
par éventuelle mutation

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, pôle de référence et d'appel en matière de santé, est leader en soins, enseignement, recherche et prévention. Il est l'un des premiers opérateurs santé de la région avec plus de 195.000 patients et 390 résidents par an et 1 745 lits et places.

À la fois établissement de soins de proximité et centre de recours et d'expertise, il concilie au quotidien innovation et solidarité. Avec 9 pôles et 60 services cliniques médicaux-sociaux et biologiques, l'offre de soins du CHU couvre l'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales et biologiques, dont la cancérologie. Les pathologies rares et complexes sont prises en charge par des centres de références et de ressources. Les compétences des équipes hospitalo-universitaires sont soutenues par un plateau technique de pointe.

Au quotidien, l'activité du CHU s'inscrit dans une démarche de qualité et de sécurité des soins. Cette dynamique est portée jusqu'aux patients par chaque professionnel de santé. Des structures dédiées impulsent et coordonnent les actions réalisées dans ce cadre. Membre d'HUGO (GSC Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest), le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers est un pôle de recherche et d'enseignement supérieur. Premier employeur du Maine-et-Loire, et l'un des premiers de la région des Pays de la Loire avec 6 900 salariés, le CHU participe également à la formation des futurs professionnels de santé. Une position qui en fait un acteur de cohésion sociale et l'un des premiers partenaires des autres établissements de santé publics et privés régionaux.

Pour aller plus loin :

<https://chu-angers.mstaff.co>

**Centre Hospitalier Universitaire d'Angers**  
4 Rue Larrey, 49100 Angers, France

## JNKS ROUEN 2023 Remerciements à nos partenaires



### EXTRAITS des JNKS ROUEN 2023

cf. KINESCOPE n°28 *le supplément*  
& sur [www.cnks.org](http://www.cnks.org)



# Kinéscope *le supplément*

La lettre & L'Esprit du CNKS

cnks

XXVI<sup>e</sup> JNKS

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

**Jeudi 5 & Vendredi 6 octobre 2023**

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

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

Exercice salarié & ... Accès direct ? Pratique avancée ? Recherche ?  
Téléconsultation ? Ratios ? Urgences hospitalières ? HAD rééducation ?  
Certification professionnelle ? Intelligence artificielle ?



**JNKS 2023 Rouen**

en bref

**Parlons en encore**

cnks

  
Collège National de la  
Kinésithérapie Salariée

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

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

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

# 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.*



## Faire équipe & être aux cotés de ... tous les professionnels de santé & de la santé



*C'est-à-dire autant nos confrères que d'autres professions de rééducation, mais aussi infirmiers, médicot techniques, sociaux, techniques, et administratifs ; de fait nombre de sujets de préoccupation sont transverses, identiques ou similaires, et méritent que toutes les parties prenantes, au travers d'une démarche collective collaborative, soient mobilisées pour contribuer à organiser les meilleures conditions de travail de chacun.*

**A LA RECHERCHE DE(S) CAUSE(S) DE PENURIE ou CRISE DE RECRUTEMENT, PERTE DE SENS, DEMISSION, BURN OUT ...**

### **A LA RECHERCHE DE(S) SOLUTION(S)**

DETERMINATION D'EFFECTIFS, RATIOS, TEMPS DE TRAVAIL, AMPLITUDE HEBDOMADAIRE, PERMANENCE DES SOINS & ASTREINTES, DE DIVERSIFICATION DE FONCTIONS & MISSIONS, D'ATTRACTIVITE & (surtout de) FIDELISATION, .....

*Sujets récurrents, sujets sensibles, sujets polémiques dont KINESCOPE rapporte régulièrement les différents points de vue.*

*Des sujets qui s'entrecroisent, se neutralisent ou se potentialisent !*

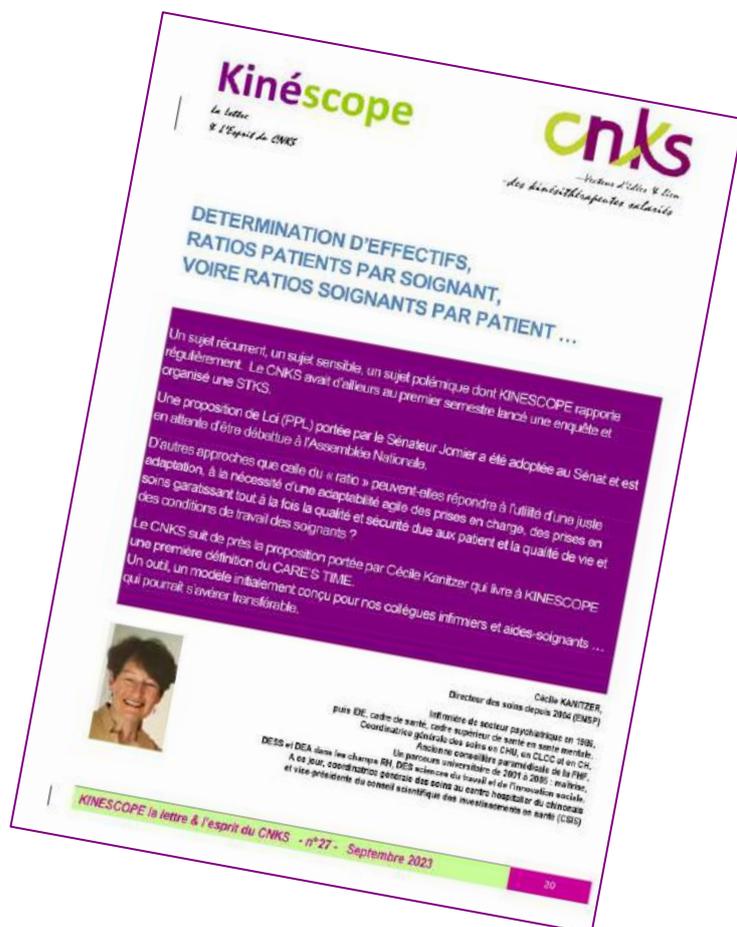
*Des sujets dont les causes comme les solutions sont multifactorielles et qui donc ne sauraient à notre avis être traitées individuellement, chacune pour son compte. ...*

Dans le numéro 27 de KINESCOPE (p.20 à 27) nous avons édité la réflexion de Cécile KANITZER à propos des calculs d'effectifs/ratios

Lors des JNKS 2023 ROUEN, par capsule vidéo, en trois questions-réponses Cécile Kanitzer complétait l'explication de sa démarche (3 x 1'30 à retrouver sur le site du CNKS rubrique JNKS)

Depuis elle a publié sur son compte LIKEDIN cette nouvelle infographie qui poursuit et alimente notre réflexion sur le « pour quoi » et « comment » établir une « juste processus de détermination des effectifs souhaitables ».

C'est un sujet qui n'est pas nouveau qui n'est pas nouveau mais c'est un sujet qui à l'aune des réels bouleversements sociétaux, technologiques, ... prend une acuité très forte : c'est un chantier d'étude, de réflexions et propositions prioritaire pour le CNKS.



## CARE'S TIME

INNOVER POUR AVANCER

### ACCOMPAGNER LE PILOTAGE DES PARCOURS DE SOINS

- Expliquer aux patients le temps des soins
- Expliciter aux patients les clefs d'un parcours de soins
- C'est co-ordonner le parcours de soins des patients qui le souhaitent

### DIVERSIFIER LES PRISES EN SOINS

- Prioriser les soins pour optimiser le temps
- Adapter les soins par temps disponibles
- C'est réaliser la prise en soins individualisée dans un système fonctionnel standardisé

### ANTICIPER LES PLANS DE SOINS

- Créer des méthodes innovantes pour prévoir les besoins
- Gérer les ressources par besoins indispensables
- C'est garantir la cohérence d'un plan de soins par un temps de soins défini a priori

Dans ce contexte questionnant du juste effectif pour les justes soins de Kinésithérapie nul ne peut affirmer qu'un ratio systématique par lit, par patient, « global » applicable en toutes circonstances et tout lieu ... serait l'idéal ! l'hétérogénéité, la diversité et l'évolutivité des situations et des types de prises en charge en milieu salarié (hospitalier ou smr comme médico-social) selon les disciplines sont tellement nombreuses qu'elles mériteraient du cas par cas.

Comme déjà évoqué dans le précédent numéro de Kinéscope il en est ainsi par exemple - de façon emblématique - des activités des kinésithérapeutes au sein de services dispensant une même « spécialité médicale » ... telle la réanimation.

A ce propos Kinéscope vous suggère la lecture très intéressante d'un récent article :

## "Organisation du travail et outil de priorisation des actes de kinésithérapie en réanimation"

Marie-Hélène Houzé, Adela Foudhaili, Laurence Josse paru dans la revue Médecine Intensive (SRLF) Vol. 32 No 3 (2023): Numéro 3 – Juillet-Septembre 2023, p371-376.





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](http://appelmedical.com)

 | **appel medical**  
par randstad.

quand la compétence est vitale.

*A propos du temps ...  
temps comprimé & temps distendu,  
qui rythment la vie hospitalière de façon prévisible ou imprévisible,  
synchrone ou asynchrone, tant pour les patients que pour les soignants*

## Paru dans la revue Gestions hospitalières

### Organisation

#### La synchronisation des temps médicaux et non médicaux

En février 2016, dans son numéro 553, *Gestions hospitalières* publiait un article sur la coordination des temps médicaux et non médicaux. L'un de ses auteurs, Erwann Paul, reprend la parole : au fur et à mesure des évolutions sociétales et professionnelles, qu'en est-il aujourd'hui de la coordination de ces temps de travail à l'hôpital?

Sept ans après la publication de notre article, reproduit pages suivantes, quel regard porter sur la synchronisation des temps entre les différents personnels hospitaliers ?

Il est possible de distinguer deux dynamiques : la première relève de la coordination des missions, la seconde de la convergence horaire.

Dans beaucoup de services dans lesquels la présence continue d'un médecin est requise – soins critiques, réanimation –, les organisations soignantes ont évolué pour passer à des fonctionnements en 12 heures de jour et 12 heures de nuit (avec ou sans alternance jour/nuit chez les paramédicaux selon les historiques des institutions).

En dehors des questionnements habituels sur les conséquences d'un schéma horaire en 12 heures sur la santé des professionnels, ces organisations sont reconnues pour faciliter le travail entre les équipes médicales et paramédicales en concentrant un suivi du patient sur une durée plus longue et en évitant le nombre d'interlocuteurs présents sur la journée.

De telles synchronisations des temps de présence ont également été développées dans des services pour lesquels les organisations sont calquées.

GESTIONS HOSPITALIERES



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

Site de Bois-Guillaume	Site de Charles Nicolle	Site de Petit Quevilly
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% polyvalent</li> <li>- 40 % SMR soins palliatifs</li> <li>- 50% SMR NEUROLOGIE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumologie</li> <li>- Maison d'Arrêt 10 %</li> <li>- Institut du rachis/neurochirurgie 30%</li> <li>- Remplacement du 22 12 à avril 2024, (Réa Card 60% et Cardiologie, USIC 40%) du 22 12 au 26 04 2023</li> <li>- Polyvalent 80%</li> <li>- A partir du 01 03 2024, 30% centre de la douleur CETD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 % médecine</li> </ul>

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

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

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

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

- Candidater sur le site du CHU
- Adresser un mail au cadres de rééducation en y joignant votre CV et une lettre de motivation, à :  
[Valerie.Martel@chu-rouen.fr](mailto:Valerie.Martel@chu-rouen.fr) pour le site de Petit Quevilly : Tel : 02 32 88 53 41  
[brigitte.perrin@chu-rouen.fr](mailto:brigitte.perrin@chu-rouen.fr) pour le site de Charles Nicolle : Tel : 02 32 88 85 69

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

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



Matthieu GUYOT  
DH – ANAP  
[OPINION]

Publié sur LinkedIn (19.11.2023), reproduit intégralement dans KINESCOPE n°28 avec l'aimable autorisation de son auteur.

« A l'hôpital, il n'y a au fond qu'un seul problème véritablement fondamental : c'est la démission de ses professionnels. Décider que sa carrière vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question centrale de la vie hospitalière. Le reste, juger s'il faut 2 ou 5 médecins en directoire, ou s'il faut réformer le droit hospitalier pour la 231ème fois, vient ensuite. Ce ne sont, en réalité, que des détails.

On n'a jamais traité de la démission que comme un phénomène statistique. Au contraire, il faut selon moi l'analyser d'un point de vue psychologique : pourquoi un individu passionné, qui a passé une partie de sa vie à des études difficiles, les abandonne avec son métier, du jour au lendemain ?

Voilà, au fond, la question la plus pressante à laquelle il faut répondre alors qu'elle touche des milliers de personnes en France chaque année. Chacun aura une réponse différente. Et contrairement aux stéréotypes, ce questionnement ne touche pas que les soignants, mais également les personnels administratifs, techniques, les étudiants et les directeurs.

Comme le suicide - cf. le mythe de Sisyphe, Albert Camus dont je m'inspire ici - je crois qu'un geste comme celui-ci "se prépare dans le silence du cœur", pendant des années. D'une infirmière qui se reconvertisse, on me disait un jour qu'elle avait beaucoup changé et qu'elle avait longtemps dépéri, avant de changer de métier. Une autre est partie dans le privé.

De nombreux professionnels, pris dans cette toile, sont confrontés à un dilemme existentiel : continuer ou abandonner, laissant derrière eux des patients et un vide que seul un autre occupera, tout aussi éphémère et désillusionné.

Le vrai combat, alors, n'est pas contre la maladie, mais contre eux-mêmes. Chaque jour, ils sont confrontés à la question de savoir si leur dévouement à la vie humaine peut vaincre l'absurdité perçue et ressentie de leur monde professionnel quotidien.

Répondre précisément à cette question au niveau individuel et collectif est, il me semble, un impératif premier si l'on souhaite rétablir les établissements de santé français comme les références mondiales qu'ils étaient il y a une trentaine d'années. Cela implique un changement de paradigme par nos pouvoirs publics.

Mais n'oublions pas ceux qui restent, apportant avec eux une sorte de réponse tacite. Malgré le décalage apparent d'un système qui semble indifférent, la majorité des professionnels de l'hôpital choisissent de continuer. Peut-être parce que le combat n'est pas dans les grands gestes, mais dans les petits actes de compassion, dans la persévérance silencieuse, dans la décision de rester malgré tout.

Et ainsi, jour après jour, l'hôpital continue de fonctionner, porté par ceux qui ont choisi de répondre à la question fondamentale de la vie hospitalière non pas par des mots, mais par leur présence, leur travail, leur humanité. Dans cet univers, c'est peut-être là, dans cette résistance obstinée, que réside la véritable victoire ».

A propos de cette [opinion] : bel exercice et très intéressante proposition de changement de paradigme et de regard, de « codification » à propos de la « démission » sur - non plus le manque d'attrait trop souvent et trop vite argué et poussé sous le tapis \* - mais sur les déterminants de la désaffection.

Une analyse psychologique du phénomène est à l'évidence nécessaire... à corroborer, métisser, croiser, d'une étude sociologique (au-delà des nombreuses déjà existantes sur l'organisation, les activités et leurs acteurs ...) co-axée sur le « sens du geste soignant ; engagement & implication ? » (des professionnels DE santé comme des professionnels DE LA santé).

\* *L'attractivité ne peut-elle que se résumer au « conditions ancillaires du recrutement » ?*

Ce qui la rend pérenne ne serait-il pas plus lié aux éléments de la fidélisation ? à commencer par dès la formation (et après) l'accueil, l'accompagnement, et l'acculturation, déroulement et plan de carrière (trop souvent incompris et méconnus) mais aussi diversification de fonctions, missions, ou encore la responsabilisation par des fonctions d'expertise, de recherche, de tutorat, de mentorat et de partenariat ... !

L'absence de visibilité sur le champ des possibles est délétère.

Yves Cottret  
Délégué Général du CNKS

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



**Portraits, Parcours & Paroles**

**Laurent Audo**  
MK mixte

## Les pérégrinations d'un kinésithérapeute « mixte »

8h30 : C'est parti pour une nouvelle journée, on attaque avec M. C, la rééducation suite à la suture de son tendon quadricipital rompu suit bien son cours. Il progresse mais s'inquiète du déficit de force qui persiste... Il faut dire qu'il faut du temps pour récupérer toute la force d'un membre inférieur chez un haltérophile de 110kg !

9h00 : Voilà Mme G, elle a bien récupéré suite à sa chirurgie de la coiffe, la cicatrisation a été longue en raison de son diabète mais les efforts qu'elle a fournis sont payants.

9h30 : Au tour de Mme C. Les douleurs cervicales sont de retour, et irradient dans le bras gauche jusqu'au coude. Les exercices donnés dans un premier temps et semblant l'améliorer s'avèrent finalement inefficaces. Nous reprenons le bilan et ajustons la proposition de traitement, il y a une légère amélioration en fin de séance, à confirmer avec les répétitions d'ici à la prochaine.

10h00 : Mme B arrive. Nous poursuivons le travail autour de sa douleur persistante au poignet. Le fait que nous ne progressions pas énormément lui pèse mais nous avons tout de même obtenu une amélioration dans sa capacité à utiliser le membre atteint au quotidien.

10h30 : En route pour les domiciles, On démarre avec M. R, les douleurs rachidiennes suite à son accident de voiture continuent d'irradier dans les membres, mais il reprend peu à peu confiance en lui et recommence à sortir malgré sa crainte du regard des voisins.

Passons à M. P, nous continuons à maintenir ses capacités régulièrement dans le cadre de sa maladie de Parkinson. Comme d'habitude, il est "usé" à la fin de la séance.

Terminons la matinée avec Mme D. La rééducation suite à la pose de sa PTH touche à sa fin, elle a retrouvé un niveau d'activité équivalent à ce qu'il était avant sa fracture du col du fémur.

12h00 : C'est l'heure de la pause !

13h00 : Badgeuse et tenue pro. : ok !  
Je rejoins mes collègues au bureau du deuxième étage. La matinée s'est bien passée ici, M. m'informe qu'il faut que je voie en priorité Mme E, opérée d'une mastectomie et sortante dès que je lui aurais indiqué la marche à suivre concernant l'auto-rééducation suite à son opération, en attendant de voir un collègue en ville. Je commence par prendre connaissance des dossiers des patients avec lesquels je vais travailler cet après-midi avant de filer. Après avoir vu Mme E, direction l'unité de soins continus, au premier étage.

Je commence par M. B, opéré la veille d'une oesophagectomie, il s'agit de prévenir les complications post-opératoires, notamment respiratoires. Je vois également sa voisine de la chambre 108, Mme T, pour la mobiliser suite à l'hépatectomie dont elle a bénéficié il y a 2 jours. Je termine ce passage en réalisant l'ECBC de M. V, qui est arrivé ce matin en détresse respiratoire et présente un foyer infectieux pulmonaire.

Il est maintenant temps de remonter au deuxième étage.

Direction le service de chirurgie 2, plusieurs patients ont bénéficié hier d'une colectomie. Je vais les voir à tour de rôle en chambre afin de leur expliquer comment réaliser le transfert allongé-assis-debout sans trop de difficultés ainsi que la marche à suivre pour optimiser leur récupération, bien sûr en alliant la théorie à la pratique (et en mettant les potences hors de portée !).

L'après-midi se poursuit en chirurgie 1, où l'on me demande d'évaluer un patient concernant son autonomie aux transferts et à la marche... de toute évidence, un suivi en rééducation à domicile lui sera bénéfique, l'hospitalisation est aussi parfois l'occasion de mettre en lumière certaines problématiques !

Il est environ 16h00, il est temps de repasser à l'USC. Comme convenu avec l'équipe, un bouchon à été mis au cathéter périphérique de M. Y afin que nous puissions sortir du service et faire un test de marche chez ce patient présentant une BPCO qui a décompensé la semaine dernière.

Après ces différentes séances, il est grand temps de retourner au bureau afin de remplir les dossiers des patients puis de retourner aux vestiaires, la demi-journée d'hôpital est terminée... place à la fin de la journée de libéral.

17h15 : De retour au cabinet, où m'attend Mme F, son coude récupère bien suite à sa fracture de la tête radiale, les amplitudes progressent, de même que la force. Surtout, elle peut de plus en plus intégrer son membre supérieur gauche dans les activités de la vie quotidienne.

17h45 : Au tour de M. U., sans tendinopathie achilléenne récupère bien, les exercices sont maîtrisés, nous pouvons planifier la reprise progressive de la course à pied.

18h15 : Bilan pour Mme D., qui a été opérée d'un phlegmon il y a 2 mois et arrive avec un index qu'elle n'a donc pas mobilisé depuis (!) par peur de consulter plus tôt. Les amplitudes passives ne sont pas si mal malgré l'immobilisation prolongée et l'œdème qui persiste. Nous entamons dès lors un travail de réassurance et de mise en place d'exercices d'auto-rééducation avant la prochaine séance.

19h00 : Pour bien terminer la journée, voici Mme F, dont l'ataxie cérébelleuse altère notamment la coordination et l'équilibre. Comme d'habitude, elle est entrée vers 18h30 pour s'échauffer et réaliser quelques exercices en autonomie avant que nous attaquions des exercices nécessitant d'être plus sécurisée.

19h30/45 : La journée est terminée

Au final, si ce n'est mon incursion du début d'après-midi à l'hôpital, mes journées peuvent sembler assez similaires à celles d'un libéral "classique" qui, au lieu de se rendre à l'hôpital, consacrerait du temps soit à d'autres patients à domicile, soit à en recevoir au cabinet.

Cependant, l'exercice mixte apporte pour moi encore un peu plus de variété à mes journées car il permet de concilier "le meilleur des deux mondes", c'est à dire :

## En libéral :

Une autonomie importante dans la pratique, tant par le choix de la patientèle reçue selon les compétences que l'on a développé, que dans le rythme et la nature des prises en soin (au cabinet sur des durées plus ou moins longues, à domicile).

La possibilité de moduler son activité en cas de contraintes personnelles (dans une certaine mesure, car on ne va pas mettre à la porte tous les patients sur un coup de tête bien sûr !)

## A l'hôpital :

Une notion de collectif qui me semble primordiale pour se sentir à l'aise au sein d'une structure. En effet, les échanges avec les autres professionnels intervenant auprès du patient (infirmiers, médecins, aides-soignants, assistantes sociales, etc.) sont facilités par l'unité de lieu de l'hôpital.

Le fait de bénéficier des acquis sociaux liés au salariat (congés payés, RTT, comité d'entreprise, etc.)

## Pour les deux :

Casser la monotonie que l'on peut parfois ressentir en exercice exclusif en alternant entre le côté relativement solitaire du libéral (même si l'on peut échanger avec ses collègues) et le côté collectif du salariat (où l'on n'est parfois pas prioritaires !)

Bien entendu, si l'on prend le meilleur, il faut aussi penser que l'on ne peut faire sans les contraintes inhérentes à chaque mode d'exercice, qui peuvent influencer sur les avantages de l'autre :

## En libéral :

Bien que l'on soit maître du planning en tant que son propre patron, avoir une activité à temps partiel nécessite tout de même un niveau minimum d'actes pour faire mieux que couvrir les charges (redevance au titulaire du cabinet, URSSAF, Carpimko).

De même, l'activité réduite ne diminue pas les obligations administratives... que l'on oublie souvent d'inclure dans notre temps de travail !

## En salariat :

C'est cette fois-ci l'autonomie dans les décisions qui en prend un coup. Pas question d'investir dans du matériel ou de poser des congés sans concertation avec les collègues ou la cadre de service. Cependant cela n'est pas un énorme obstacle dans une structure à l'écoute

En fin de compte, l'exercice mixte permet de se confronter à deux visions du métier que l'on tente parfois d'opposer mais qui me semblent tout à fait complémentaires. En effet le patient - que l'on retrouve en ville après une hospitalisation - aura probablement moins perdu en terme fonctionnel si il a bénéficié de rééducation à l'hôpital ; de même, tout le bénéfice des efforts réalisés pendant un séjour hospitalier serait parfois rapidement perdu si la continuité des soins n'est pas assurée une fois de retour à domicile.

Au-delà de ces considérations assez générales, pour ceux qui aiment à s'engager, les deux modes d'exercices offrent aussi des possibilités de travailler sur des thématiques que l'on souhaite approfondir soit au niveau de l'hôpital (commission de lutte contre la douleur, groupes de travail thématiques par exemple) soit au niveau territorial en ville (participation à des projets CPTS par exemple).

Quoi qu'il en soit, salariat ou libéral, il y en a pour tous les goûts, et, pour ce qui me concerne, j'ai décidé de prendre une petite part de chacun.

# L'assistant du kinésithérapeute

RENDEZ VOS  
PATIENTS  
ACTEURS DE LEUR  
RÉÉDUCATION !



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

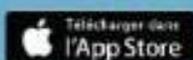


L'AUTO-RÉÉDUCATION COMME OUTIL  
POUR BOOSTER L'OBSERVANCE ET  
L'AUTONOMIE



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

## Tester gratuitement l'application sur



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



Thread sur twitter (7.11.2023)  
de Matthieu GUYOT  
Directeur d'Hôpital –

## Evolution des rémunérations à l'hôpital / FPH] #RH

Reproduit intégralement dans KINESCOPE n°28  
avec l'aimable autorisation de son auteur.

[1] On parle beaucoup de l'évolution des  
rémunérations dans la fonction publique.

Et à l'hôpital ?

Les hospitaliers ont-ils gagné du pouvoir  
d'achat pendant les 10 dernières années ?  
Quel métier a le plus gagné / perdu ?

[2] Je propose de répondre avec différents  
threads. Je commence avec le traitement lors  
de l'entrée dans la FPH, au premier échelon

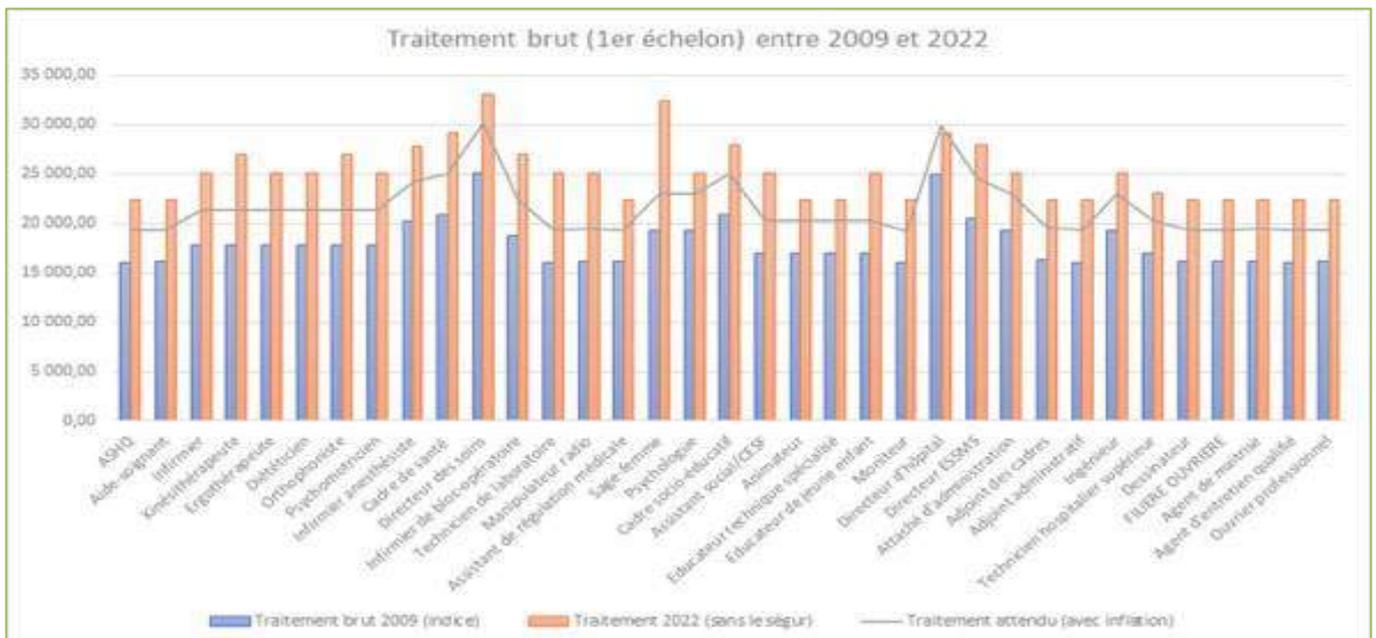
[3] J'ai analysé et comparé les traitements de  
recrutement (1er échelon) de tous les métiers  
entre 2009 et 2022. Bref, sur le traitement de  
début de carrière. Il y a des surprises.

Des grands mouvements structurels sont  
visibles et montrent la politique RH nationale  
FPH.

[4] Ci-joint l'évolution des traitements par  
métier : en bleu, les traitements en 2009. En  
rouge, ceux en 2022. La courbe grise  
correspond à l'inflation sur la période. Dès  
qu'une colonne rouge dépasse la ligne  
horizontale grise, cela signifie un "gain de  
pouvoir d'achat".

[5] En 13 ans, les traitements (par corps) au  
1er échelon à l'hôpital entre 2009 et 2022 ont  
augmenté en moyenne de 39% ; soit  
beaucoup plus rapidement que l'inflation  
(19.88%). Il en résulte en moyenne un gain de  
pouvoir d'achat.

[6] Ces augmentations de traitement dans la  
fonction publique hospitalière sont largement  
supérieures aux autres FP : les professeurs  
certifiés, par exemple, ont augmenté de 11%  
et ont donc perdu en pouvoir d'achat. C'est  
généralement le cas dans la FPT et dans la  
FPE .



[7] Ensuite, rentrons dans le vif du sujet : qui a bénéficié de ces hausses de traitement ?

- 1/ Les sages-femmes (+68%)
- 2/ Les techniciens de la laboratoire (+56%)
- 3/ Les MERM (manipulateurs-radio) (+55%)
- 4/ Les assistants sociaux et éducateurs de jeunes enfants (+48%)

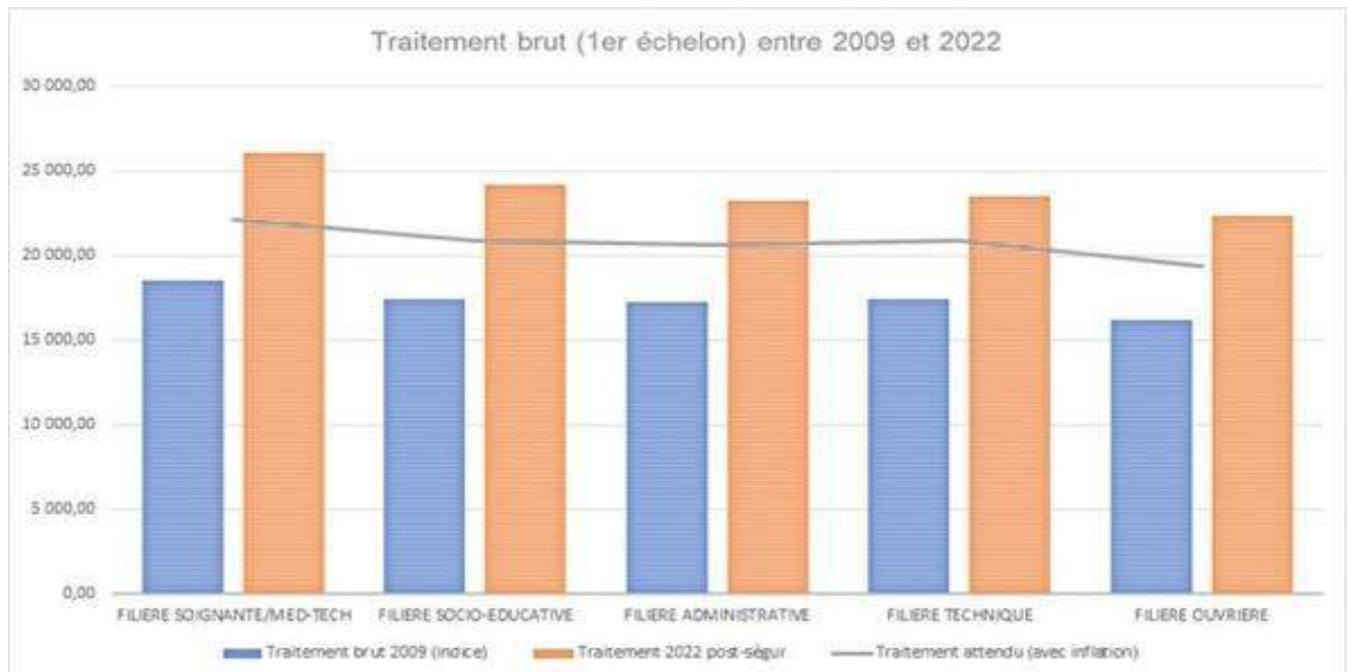
[8] Viennent ensuite les infirmiers de soins généraux et spécialisés avec environ 40% de hausse du traitement en 13 ans.

Ces augmentations s'expliquent par des changements statutaires notamment (passage en catégorie A, passage en catégorie sédentaire notamment).

[10] Les inégalités de rémunération ? On observe un "tassage" des rémunérations puisque les hautes rémunérations ont moins augmenté que les autres.

L'étendue des points d'indice (entre les plus hautes et les faibles valeurs) est passée de 160 à 118, une baisse considérable.

[11] Les différences de traitement entre les hommes/femmes ? Elles ont baissé pendant la période, car historiquement, les métiers féminisés ont des faibles rémunérations. Les IDE et sages-femmes notamment ont connu de très fortes hausses.



[9] A l'opposé : qui a le MOINS bénéficié des hausses de traitement sur la période ?

- 1/ Les directeurs d'hôpital (-2%). C'est le seul corps de toute la fonction publique hospitalière à être dans cette situation.

@SYNCASSCFDT @SMPS\_national

[12] Autre aspect : il est devenu moins intéressant d'être cadre. Les augmentations ont surtout concernés les personnes sans encadrement. Le gain de passer encadrant était auparavant de 62,5 points d'indice contre 51 aujourd'hui.

[13] Niveau filière, ce sont les soignants (+41%) qui ont le plus bénéficié des hausses de traitement. A l'opposé, ce sont les administratifs et les techniques qui ont le moins augmenté (+35%).

[14] De manière générale, les traitements ont augmenté essentiellement grâce au Ségur sur la fin de la période ("complément de traitement indiciaire"). Avant sa mise en place, les hausses de traitement compensaient à peine l'inflation.

[15] RESUME de l'évolution du traitement lors de l'entrée dans la FPH : en moyenne, hausse des traitements supérieure à l'inflation, moins d'inégalités entre les corps, moins d'inégalités entre les corps masculinisés/féminisés, moins d'inégalités entre cadre/non-cadre.

[16] Détail méthodologique : La rémunération à l'hôpital est surtout composé du traitement, du régime indemnitaire (les primes) et des éléments variables de paye. Ce thread ne porte QUE sur le traitement et ne prend pas en compte les primes. Cela donnera lieu à une autre analyse.

[17] Détail méthodologique : l'évolution des cotisations n'est pas comprise dans cette analyse, qui donnera lieu à un autre thread.

[18] Anecdote éclairante sur l'évolution : le traitement en début de carrière d'une sage-femme et d'un directeur d'hôpital (1er échelon) est le même (460-461 points d'indice majoré) !

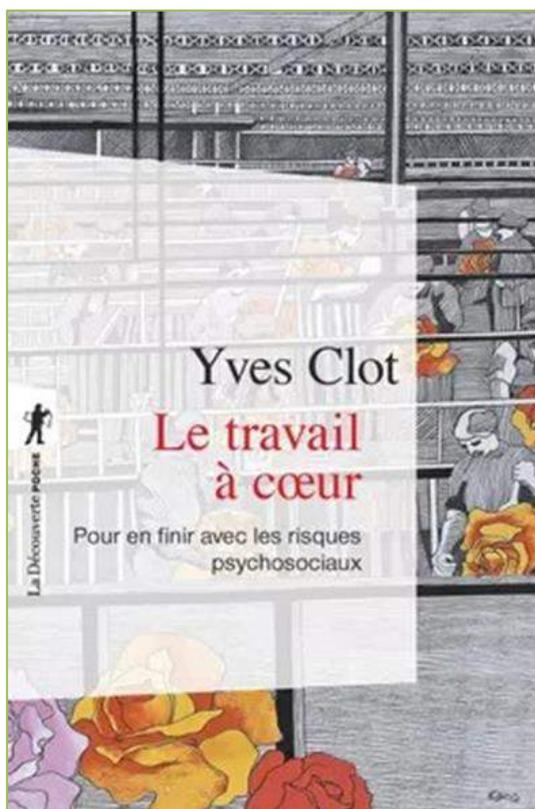
Et vous ? Qu'en pensez-vous ?

Comme globalement l'ensemble du monde du travail le monde de la santé - quel que soit le lieu et la modalité d'exercice - « va mal » ou « est en pleine mutation » .... L'expression « perte de sens » juste – mais qui à force d'emploi à tout va devient un mot valise, une expression galvaudée signifiant tout à la fois cause(s) et conséquence(s).

Il est intéressant pour se forger sa propre opinion puis la confronter aux collectifs de nos vies professionnelles de lire, (re)lire et relier les ouvrages, études - déjà anciennes à l'échelle de notre monde où tout s'accélère de façon quasi exponentielle - et les rapports divers et variés qui portent des regards sur les changements qui par essence bousculent les activités, les actes et les acteurs.

Parmi les dizaines et centaines qui fleurissent sans cesse ... une petite sélection dans les pages suivantes.





## Résumé

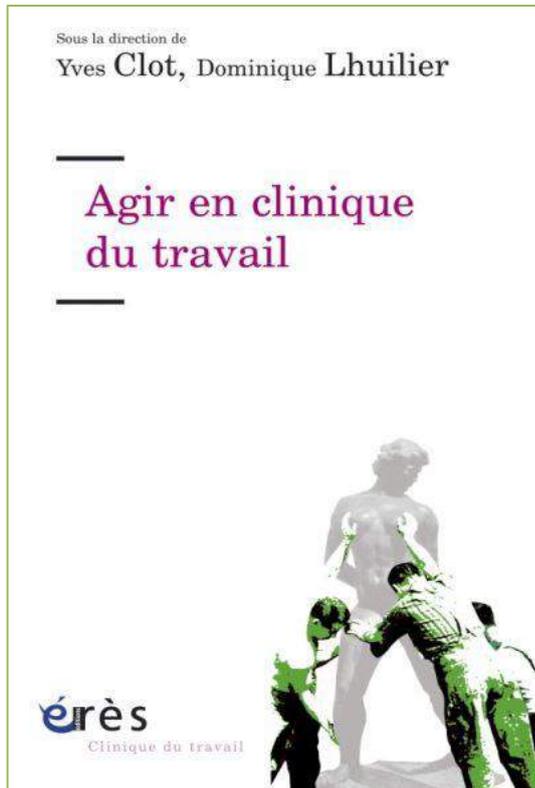
Suicides en série sur le lieu de travail, « épidémie » de troubles musculo-squelettiques, explosion des pathologies professionnelles... Une réalité trop longtemps occultée occupe désormais la scène publique française. Devant l'ampleur des « maladies du travail », tout est secoué : entreprises, État, institutions, chercheurs et experts. Et, face aux dégâts engendrés, se multiplient dans l'urgence les fausses solutions qui risquent de virer au « despotisme compassionnel » sans rien résoudre sur le fond.

C'est à ce paradoxe intenable qu'a voulu réagir le psychologue du travail Yves Clot dans cet essai aussi vif qu'informé, nourri de longues années d'expérience sur le terrain des rapports entre santé et travail. Il instruit le dossier en rassemblant les différentes pièces du puzzle social : discours officiels, analyses de situations concrètes, controverses scientifiques, commentaires et récits.

Il montre comment la négation des conflits autour de la qualité du travail au sein de l'entreprise menace le collectif et empoisonne la vie des organisations.

Pour Yves Clot, le plaisir du « travail bien fait » est la meilleure prévention contre le « stress » : il n'y a pas de « bien-être » sans « bien faire ».

En se mobilisant autour d'une idée neuve du métier, avec tous les autres acteurs concernés - dirigeants d'entreprises, syndicalistes et spécialistes -, ceux qui, au travail, sont en première ligne peuvent eux-mêmes « retourner » la situation. Pour en finir, enfin, avec les « risques psychosociaux ».



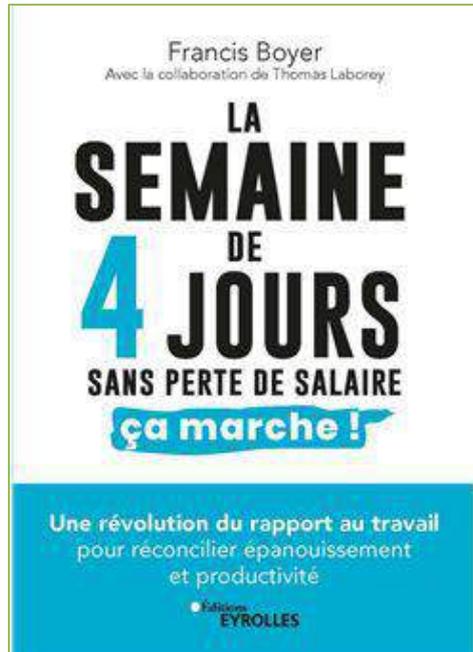
## Résumé

La réalité concrète des épreuves du travail contemporain ne porte guère à cultiver les exclusives.

Sociologie, ergonomie, psychologie sociale, psychopathologie, psychanalyse, histoire, philosophie... se trouvent convoquées pour comprendre le sort qui est fait au travail humain, objet de tant de convoitise et de tant d'ignorance, courtisé et dénié à la fois, objet de tant de discours convenus, de déplorations rituelles ou d'éloges suspects ; de tant de passions finalement, même les plus tristes.

Mais cette compréhension doit d'abord servir à agir. Elle doit être utile pour transformer les situations et devenir un instrument de travail à entretenir, au tranchant toujours affûté par les débats et discussions rigoureux entre professionnels.

Yves Clot est professeur titulaire de la chaire de psychologie du travail du CNAM. Dominique Lhuilier est professeure, chaire de psychologie du travail du CNAM.



## La semaine de 4 jours ? Tout le monde en parle !

Durée, amplitude journalière et hebdomadaire ... du temps de travail sont à nouveau questionnés. Rien de nouveau à vrai dire puisque à la période du passage aux 35 heures des propositions (peut-être trop novatrices, avec plus de « 20 ans d'avance ») avaient déjà été énoncées de travailler en 36 heures sur 4 jours.

Les variantes sont déjà, et depuis de nombreuses années, installées, souhaitées ou imposées. Qu'elles soient approuvées et/ou réprochées par les uns et par les autres, au sein des hôpitaux et d'autres services des Fonctions Publiques ou d'établissements participant au service public, elles continuent sous les loupes de nombreux spécialistes sociologues, économistes et scientifiques de la santé d'être l'objet de vifs débats.

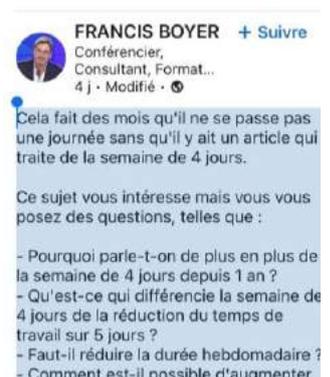
Les questionnements et prises de positions sont nombreuses, tout aussi divers que pour le sujet des effectifs, des ratios et autres permanences...et sont désormais placés sous le fronton de la QVCT elle-même sans cesse croisée par des considérations écologiques, éthiques, philosophiques... Comment concilier tout et son contraire ? comment y rallier tous et chacun ?

Le sujet touche tous les secteurs, toutes les professions, tous les métiers. La société du zapping, de l'hédonisme, et les générations xyz et au-delà qui la (re)façonnent, la disruptent ...

Pour tenter d'en saisir des éléments éclairants pour la réflexion du soignant comme du patient concernant l'évolution de leur relation dans ce contexte d'inéluctable redistribution du temps de travail où chacun entend délivrer d'un côté recevoir de l'autre des soins, un accompagnement, de qualité, il est selon KINESCOPE intéressant de faire le détour par les considérations de ces ouvrages et articles plus généraux dont une partie sera « appliquée » au monde de la santé. Consultez, entre autres, et dans des genres éclectiques :

- une série d'articles, pour ou contre, des « échos » sur <https://start.lesechos.fr/travailler-mieux>

- sur linkedin :



N° 587

**SÉNAT**

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Rapport remis à M. le Président du Sénat le 29 mars 2022  
Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 mars 2022

## RAPPORT

FAIT

au nom de la commission d'enquête (1) sur la **situation de l'hôpital  
et le système de santé en France,**

Président

M. Bernard JOMIER,

Rapporteuse

Mme Catherine DEROCHE,

Sénateur et Sénatrice

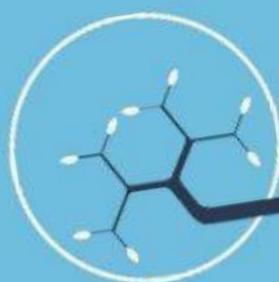
Tome I – Rapport

(1) Cette commission est composée de : M. Bernard Jomier, président ; Mme Catherine Deroché, rapporteure ; Mme Marie Mercier, MM. Jean Sol, Jean-Marc Todeschini, Mmes Jocelyne Guidez, Sonia de La Provôté, M. Dominique Théophile, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Pierre Médevielle, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Marie-Christine Chauvin, Catherine Conconne, Florence Lassarade, M. Alain Milon, Mmes Annick Petrus, Nadia Sollogoub, M. Laurent Somon.

Un rapport à consulter :

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-587-1-notice.html>

NOTE DE POSITION • DÉCEMBRE 2022



## Cercle Vulnérabilités et Société



Soutenir et piloter  
l'attractivité  
des Métiers du care  
en fluidifiant les trajectoires  
et les organisations

### Les facteurs d'attractivité mobilisent une dimension et un registre prioritairement construit sur l'humain...

L'enquête « CV&S - Appel Médical 2022 » auprès des Français met ainsi en évidence que les facteurs d'attractivité sont d'abord d'ordre relationnel et social : avoir des relations de qualité avec les personnes soignées (51%) ; avoir en milieu reconstruit pour sa valeur ajoutée humaine et sociale (47%) ; prendre soin et aider des personnes en situation de souffrance, de dépendance, d'isolement (42%) ; prendre des perspectives de carrière (30%). Plus loin encore, vient le fait d'avoir une rémunération substantielle (42%), avoir des perspectives de carrière (30%). Plus loin encore, vient le fait d'avoir une garantie de l'emploi dans un secteur à l'abri du chômage (18%) et de participer à relever les défis sociétaux (16%).

Enfin, les facteurs d'attractivité sont assez ciblés et regroupés autour de quelques attentes fortes qui sont d'ordre relationnel, organisationnel et symboliques (exprimé en valeurs).



### 2 Les leviers d'attractivité résident surtout dans les modalités d'exercice des métiers du care

Les métiers du care, une galaxie de métiers enracinée dans le « premier soin »

Les métiers du care doivent être considérés comme les métiers du système de soin pour eux-mêmes, ceux qui sont au cœur du système de soins et qui concourent à la préservation de la santé globale. Cela implique de la complexité des interactions, une diversité de rôles et de secteurs d'activité, qui évoluent et de passer les.



Dans cette perspective, il est essentiel de s'interroger sur le lien qui existe entre l'un ou l'autre de ces métiers, sans envisager le rôle de l'économiste caractérisé par des déterminants matériels de même manière à privilégier en contre des métiers de l'école globale, comme l'aurait pu être le cas de l'économiste.

Un rapport à consulter :

<https://www.vulnerabilites-societe.fr/soutenir-et-piloter-attractivite-des-metiers-du-care-712-2022>



Un rapport à consulter :

<https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/rapport-dactivite-2022/>



**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](mailto: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



## Améliorer votre pratique avec des données objectives et précises



### Bouger

Un bilan biomécanique, c'est mesurer divers paramètres (orientations, forces, vitesses, taux de charge...)



### Analyser

**Des capteurs enregistrent les mouvements les plus complexes**

Ils fournissent une analyse immédiate 3D 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



**Une formule d'abonnement mensuel à 70€/mois patients et bilans illimités**

Francis Laffet : 06.84.80.28.94  
[contact@mysmartmove.fr](mailto:contact@mysmartmove.fr)  
[mysmartmove.fr](http://mysmartmove.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)*



## MOTIONS STRATEGIE & PROSPRECTIVE nov. 2023

A l'aune des diverses enquêtes, des travaux des groupes de travail, le conseil d'administration du mandat 2019-2023 & l'assemblée plénière en marge des Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée - Séminaire National JNKS 2023 à Rouen, ont actés les orientations soumises par le bureau national et mandaté ce dernier pour édicter diverses motions.

### Motion 1 FORMATION INITIALE :

#### Pour une universitarisation co-valente via une professionnalisation clinique

*Prônant depuis longtemps la gratuité des études pour les étudiants et l'universitarisation du contenu de la formation initiale le CNKS :*

- *s'alarme des nombreuses difficultés de la mise en place de cette dernière - dans un cadre expérimental flou - qui, au-delà du seul contenu, intègre le dispositif structurel sans tenir compte réellement des ressources humaines et de leur employabilité jusqu'alors dévolues ;*
- *regrette que sa proposition constante depuis le début de la réingénierie n'ait pas été suivie à savoir la mise en place d'une « **co-valence formation universitaire-formation professionnelle** » au lieu de cette intégration globale ;*
- *s'inquiète de la réalité instable de l'ancrage, indispensable, de la **professionnalisation clinique** par des stages pour partie au sein des établissements de santé publics ou privés et rappelle sa proposition d'une refondation d'un dispositif « **d'accueil, d'accompagnement et d'acculturation** » des étudiants stagiaires.*

### Motion 2 EXERCICE SALARIE

#### Pour une diversification de carrière via le MK en PA et le MK CC

*Prônant depuis longtemps l'impérieuse nécessité, dans le cadre de l'exercice salarié, d'une diversification des possibilités de plan et de déroulement de carrière **le CNKS estime désormais urgent la reconnaissance***

- *de certaines expertises cliniques, confortées par des formations et diplômes au-delà du DE, conduisant à un exercice de **MK en Pratique Avancée***
- *des parcours complémentaires de formation jusqu'au doctorat aboutissant - au-delà de la voie d'enseignant chercheur que certains souhaitent et peuvent emprunter - à une alternative (souhaitée une grande majorité des collègues salariés passionnés par leur **pratique clinique et la recherche**) de **MK Clinicien Chercheur**.*

*Ces fonctions, grades et emplois doivent être pensés comme « partie intégrante et diversifiante » d'un curriculaire de carrière de kinésithérapeute avec une reconnaissance statutaire n'obligeant plus ces derniers à changer de corps, aux fins d'affirmer leur origine professionnelle quand bien même le nouvel exercice serait de fait un nouveau métier.*

**JNKS 2024  
NANTES**



**CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES**



**« MK SALARIE,  
FAIRE EQUIPE & ETRE AUX COTES DE ... »**

**1<sup>ère</sup> annonce ! à vos agendas !**  
du **mercredi 25 septembre** après-midi  
au **vendredi 27 septembre** après-midi



