

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

n° 29

janv.
2024



KINESI THERAPIE THERAPEUTES SALARIES

C'EST FAIRE EQUIPE & ÊTRE AUX CÔTES DE...

... l'innovation
en santé

... des étudiants
stagiaires

cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org

contact@cnks.org



SOMMAIRE

PERISCOPE l'édito de PH Haller

p.03 & 04

DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE & INNOVATION

p.06 à 14

L'Ellipse de Justin Pertinent

p.07

L'innovation c'est quoi ?

La rédaction

p.08 à 11

L'innovation ... en Kinésithérapie

Thomas Rulleau

p.12 & 13

L'innovation en articles et en livre

La rédaction

p.14

DOSSIER L'ESSENTIEL KINESITHERAPIE & RECHERCHE

p.15 à 24

• La recherche c'est quoi ? 2^{ème} partie La rédaction

p.16 à 17

• La recherche en Kinésithérapie Thomas Rulleau

p.18 à 19

• RETEX : Au cœur de la recherche Alexandra Roren

p.20 à 23

• RETEX : 2^{ème} retraite rédactionnelle de la SFP

p.23 à 24

Johanna Robertson, Alexandra Roren, Karim Jamal, Matthieu Guemann et Thomas Rulleau

RETROSCOPE

p.25 à 59

Nomenclatures en réadaptation : le moment de vérité (suite du n°28) Jean Pascal Devailly

p.26 à 32

RETEX au cœur d'un établissement Intérêt de l'évaluation posturale Mario Musolino, Vincent Piazza,

p.34 à 36

RETEX au cœur d'un établissement Sur les réseaux sociaux Eléonore Durand

p.37 & 38

RETEX au cœur d'un établissement Réadaptation cardiaque : Place du patient expert Servane Prieu

p.39 à 45

RETEX au cœur d'un établissement Stage de Kinésithérapie en milieu Hospitalier Nicolas Besnard & Baptiste Quartier

p. 47 à 54

RETEX au cœur d'un établissement Stage de Kinésithérapie en SMR Privé Véronique Neff et Véronique Sèse

p. 56 à 59

KALEÏDOSCOPE

p. 60 à 75

Automatiser la logistique hospitalière ? oui mais pourquoi L'ANAP & LE RESAH

p. 61 à 63

L'inclusion des professionnels et étudiants en situation de handicap (suite) Christelle Berthezene

p.64

A lire ... informations, brèves, articles, rapports & opinions La rédaction

p.65 à 67

Effectifs, Ratios et Care's time (suite) Cécile Kanitzer & La rédaction

p.68 à 70

Entends moi : L'expérience patient Guillaume Rousson

p.71 & 72

Expérience Patient : quand prise en charge devient prise en soins Nicolas Pisitorio

p.73 à 75

ASSOSCOPE VIE & AGENDA du CNKS La rédaction

p.76 à 87

Le CNKS au congrès de l'ANCIM

p.77

Le CNKS adhère à SPS

p.78 à 79

JNKS 2024 NANTES AVANT PROGRAMME

p.81 à 87

Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :

Barbara Bonecka, Christophe Dinet, Andrée Gibelin,

Véronique Grattard, Julien Grouès, Valérie Martel

Le doute est le sel de l'esprit ;
sans la pointe du doute, toutes les
connaissances sont bientôt pourries.

ALAIN

Kinéscope

*La Lettre
& L'Esprit du CNKS*



*Vecteur d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés*



contact@cnks.org

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

PERI *L'Editorial* SCOPE



Eloge de la zététique Innovation en recherche... et recherche en innovation ?

Derrière son nom étrange, la zététique a été définie par Henri Broch comme l'art du doute. Ce physicien français a étudié rationnellement tous les phénomènes présentés comme paranormaux cherchant à distinguer ce qui relève de la science et ce qui relève de la croyance. Zététique, signifie " Celui qui cherche ".

Par extension c'est douter raisonnablement d'autres controverses scientifiques (dénier du réchauffement climatique, rejet de la vaccination, mythe de la terre plate, médecines non conventionnelles...). Ce scepticisme est une position philosophique qui recherche les faiblesses épistémologiques dans des prises de positions médiatiques réductrices ou partisans, avec des fondements scientifiques discutables.

La zététique s'inscrit dans l'héritage épistémologique de Karl Popper. Ce dernier distingue la connaissance scientifique des autres connaissances par le principe de réfutabilité : une affirmation n'est réfutable que si elle peut être contredite par la logique et la méthode.

La zététique suggère de démystifier les phénomènes en leur donnant des explications scientifiques et en identifiant quels raisonnements erronés, biais cognitifs ou subterfuges sophistes qui nourrissent la pseudo vérité des pseudosciences. La zététique recommande de promouvoir le développement de la culture scientifique dès l'école, en éveillant à la méthode scientifique et à l'esprit critique.

Eveiller à un esprit scientifique dans les pratiques de soins :

- c'est accompagner les professionnels et les bénéficiaires dans l'acquisition de la culture de doute et de recherche ;
- c'est soutenir les sciences de l'implémentation en favorisant le transfert des résultats de la recherche de la pratique ;
- c'est promouvoir ainsi une pratique fondée sur les preuves, associant les données issues de la recherche, les valeurs et préférences du patient et l'expérience et l'expertise clinique du praticien

En cherchant à la fois à expliquer plus et à mieux comprendre, en mobilisant des approches méthodologiques mixtes qui cherchent à la fois une explication quantitative et une compréhension qualitative, une culture du doute pourra soutenir les pratiques et l'expérience patient / soignant de ces pratiques.

L'innovation en santé se construit avec de nouvelles opportunités de soin. Les crises, les obstacles, les situations de handicap sollicitent la créativité des soignants et de leur encadrement dans des innovations ordinaires.

Mais trop peu souvent, par crainte, censure ou confiscation, ces discrètes bonnes idées du quotidien ne sont ni connues ni validées ... à l'instar du peintre qui, par petites touches et retouches, peaufine l'œuvre. Ne se soumettant pas à l'épreuve de recherche, elles restent confidentielles voire décriées.

Empruntons la culture du doute de la zététique et encourageons donc l'innovation en recherche... et la recherche en innovation !

« Faire équipe et être aux côtés ... » des autres soignants, des patients, des aidants, des médecins, des administratifs ... c'est aussi être aux côtés, acteurs, de l'innovation, de la recherche.

Pierre-Henri Haller
Président



Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

DOSSIER
EVOLUTIF
à suivre
sur cnks.org

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION

&

INNOVATION

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

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

Kinéscope

Le 10^{ème} 1^{er} trimestre 2013
Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

**L' DOSSIER
L'ESSENTIEL**

L'ellipse

de Justin Pertinent

Plus, ou quasiment plus, une affiche, plus un flyer, plus un titre ou sous-titre, plus un slogan de conférences, de congrès, de revues, d'articles, plus un discours, plus une information qui n'incrémente de façon explicite voire subliminale le mot, le concept " innovation ". " L' innovation " est partout et dans tout. Cette innovation est-elle si singulière qu'elle soit aussi plurielle ? Et in fine de quoi s'agit-il ? Un " mot-concept ", un " mot clef " ou un " mot valise " ? Innovation versus invention ? N'est-ce qu'une " punch-line " que tous les domaines et secteurs s'empressent d'adopter, de s'approprier avec plus ou moins de facilité, avec plus ou moins de réussite ?

Servie et re-servie à toutes les sauces elle finit par avoir l'effet d'une palilalie et générer la question du sens de ce mot imposé en permanence aux yeux et aux oreilles du commun des mortels.

Punch-line ? palilalie en vogue, à la mode, tout comme la récente expression "perte de sens", arguée souvent à juste titre, parfois par tic et trop rarement explicitée, ou encore comme le mot "spécificité" dont nous avons parlé dans un précédent Kinéscope ?

Faut-il pour autant fermer les yeux et s'en détourner ? certainement pas ! il convient au contraire tout d'abord d'en saisir la définition, d'en cerner les possibles et les faisables et surtout de s'inscrire dans la participation et l'accompagnement des démarches qui la, et les, génèrent.

Leurs sources, leurs formes, sont protéiformes ; les domaines, les activités, les produits, sont susceptibles d'être objets " d'innovation(s) ".

C'est dans cet esprit que l'édito du présent en parle et c'est à cet effet qu'une session des prochaines JNKS NANTES 2024 lui sera dédiée. C'est dans cet esprit, volontaire, critique et didactique que ce KINESCOPE inaugure un nouveau **DOSSIER L'ESSENTIEL** consacré à **Exercice Salarié : Kinésithérapie, Réadaptation & Innovation** ... à suivre dans les prochains numéros et à retrouver, pour les adhérents, sur le site cnks.org.

Après quelques premières approches sémantiques, Thomas Rulleau, nous partagera sa vision sur l'innovation ... en kinésithérapie !



L'innovation C'est quoi ?



Ce nom féminin est pour le dictionnaire ROBERT, l'action d'innover et/ou la chose nouvellement introduite, le quelque chose de nouveau, d'encore inconnu, dans une chose établie signant le changement, la nouveauté ; tout comme le dictionnaire LAROUSSE, ce dernier précisant : *introduction, dans le processus de production et/ou de vente d'un produit, d'un équipement ou d'un procédé nouveau mais aussi ensemble du processus qui se déroule depuis la naissance d'une idée jusqu'à sa matérialisation (lancement d'un produit), en passant par l'étude du marché, le développement du prototype et les premières étapes de la production et encore processus d'influence qui conduit au changement social et dont l'effet consiste à rejeter les normes sociales existantes et à en proposer de nouvelles.*

" L'innovation est la recherche constante d'améliorations de l'existant, par contraste avec l'invention, qui vise à créer du nouveau" rapporte Wikipédia.

" Son utilisation tous azimuts en a fait un terme très polysémique décliné dans toutes les nuances : innovation ouverte, innovation participative, innovation frugale, innovation inclusive, innovation incrémentale, innovation radicale, innovation révolutionnaire, innovation évolutive, innovation associative, innovation spasmodique ". Jean-Pierre Leac, « Innovation : histoire d'un concept à succès [archive] », sur Les Cahiers de l'innovation, 9 novembre 2020.

Le Manuel d'Oslo de l'OCDE propose la définition suivante de ce qu'est pour lui une innovation : " une innovation est la mise en œuvre (implementation) d'un produit (bien ou service) ou d'un procédé (de production) nouveau ou sensiblement amélioré, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques d'une entreprise, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures ".

Réussite économique mais concrétisation d'une idée nouvelle appropriée par un public l'innovation est observable par la conception d'un nouveau produit, service, processus de fabrication ou d'organisation, testé et mis en œuvre pour répondre aux besoins du consommateur. Elle crée un avantage de compétitivité aux initiateurs et se distingue ainsi de l'invention ou de la découverte dont le succès et l'applicabilité restent incertains.

L'innovation est considérée comme le cœur d'une ingénierie de solutions à des problèmes complexes.

Derrière l'expression " l'innovation " nombreux sont ceux qui imaginent une véritable " révolution " issue d'un esprit visionnaire d'un génie. Or il nous faut plus imaginer que tout le monde peut innover et dans n'importe quelle organisation. Cette appropriation de l'innovation par tous n'est pas évidente cependant. Elle nécessite que l'entreprise adopte, initie, accompagne une véritable culture de l'innovation.

Avoir une ou des idées (idéation) ne suffit pas à produire de l'innovation. Il faut après déterminer la pertinence de cette idée pour l'activité, identifier les ressources nécessaires à la réalisation du projet, et les voies et moyens de l'exploitation, de la diffusion, de cette innovation. C'est dire comme l'innovation est à l'évidence avant tout une affaire d'équipe et de croisement de compétences diverses. C'est le fruit d'une dynamique résolument collaborative.

Ni uniquement technologique, ni uniquement recherche scientifique l'innovation semble être une démarche visant l'émergence de solutions nouvelles soit dans un processus de changement continuité ou de changement rupture : on parle alors dans le premier cas d'innovation incrémentale et dans le deuxième cas d'innovation radicale.

Innovation vient du mot latin " innovare " qui signifie " revenir à, renouveler " ; composé du verbe novare (novus), qui signifie " le changement, le nouveau ", et du préfixe " in " qui indique un mouvement vers l'intérieur innovare = innover c'est " nover dans ".

Longtemps employé comme le fait d' " introduire quelque chose de nouveau dans une chose établie " il prend au XVIème siècle le sens, aujourd'hui conservé, de " singulier, inattendu, surprenant " et porte la flamme de " l'inventivité, des choses nouvelles parfois par-dessus l'ordre, la règle, la tradition. L'innovation devient "bousculante".

" L'innovation politique " simulant le renouvellement est magistralement décrit par Machiavel dans Le Prince en 1513. Ce n'est qu'au début des années 40 par Joseph Schumpeter , puis des années 50 par Peter Drucker que le mot innovation prend le sens actuel d'innovation de procédé puis d'innovation produit

L'innovation est un concept très populaire au cours du XX^e siècle au point que les anthropologues, sociologues, historiens et économistes théorisent dans leurs domaines sur l'innovation technologique. Dans les années 1970, dans une vision purement économique l'innovation technologique n'est plus définie que comme une invention commercialisée.

L'innovation est souvent aujourd'hui appréhendée par un modèle linéaire de progrès et n'exclut pas la copie de la nature (biomimétique) ou l'inspiration (du partage volontaire au plagiat éventuellement) à partir de ce que font les autres ou la concurrence

Selon Étienne Klein, directeur de recherche au CEA, le mot « progrès » a brutalement disparu des discours publics. Il est remplacé depuis 2007 environ par le mot « innovation »¹¹.

Selon Alain Conrard, l'innovation serait un outil nécessaire permettant à l'Homme de s'adapter aux changements permanents de sa société et non de les subir.

Avoir des idées ne suffit pas, il faut se donner les moyens de les réaliser et avoir une stratégie de développement et de diffusion. L'innovation, ce n'est pas seulement inventer un nouveau produit ou service, c'est surtout adapter son entreprise à cette nouveauté pour la porter sur le marché avec succès.

Inventer relève d'une nouvelle idée et de la création de cette idée en quelque chose.

Innover relève d'une nouvelle idée, de la création de cette idée en quelque chose, mais aussi - différence majeure entre invention et innovation - d'en assurer la commercialisation.

L'innovation est le fruit d'une "créativité" que Edward de Bono, définit comme une production "à l'efficacité inattendue", surprenante.

L'innovation réussie est celle qui dès son lancement crée surprise, intérêt, et succès au point de changer d'habitude, de l'adopter et d'en provoquer, à tous prix, l'acquisition.

L'innovation se base sur le désir d'innover (*), ce désir de faire toujours mieux. C'est une forme d'exploitation réussie de nouvelles idées

(*) Henri Bergson postule que l'impulsion qui pousse l'homme à innover se nourrit de la nature humaine, c'est-à-dire la caractéristique d'être toujours insatisfait. Cet « élan vital », au sens de ce philosophe (cf. *L'Évolution créatrice*), est alors à la base du désir d'innover, inhérent à l'esprit entrepreneurial, tel que Joseph Schumpeter le définit. Le processus qui permet de transformer une opportunité en idées nouvelles et de les mettre en oeuvre.



Le sujet de l'INNOVATION

et les réflexions sur le sujet ne sont pas d'hier !

En atteste la communication de Philippe SILBERZAHN le 30 novembre 2015 :

" Faut-il parler d'innovation par exemple ? Le problème avec l'innovation c'est un peu comme avec la stratégie : on le met à toutes les sauces et on peut lui faire dire n'importe quoi. Tout changement devient de l'innovation.

En conclusion, je me demande si un innovateur ne devrait pas complètement changer de vocabulaire. C'est en tout cas ce que j'ai recommandé à l'un d'entre-eux récemment: Ne plus parler d'innovation, mais de nouvelles activités. Ne pas être responsable de l'innovation, mais responsable des activités nouvelles. Ne pas être une cellule innovation, mais une cellule nouvelles activités, etc. Ne plus parler de lab, mais d'incubateur, ou d'autre chose tourné vers l'action économique, et insister sur la production tangible par le lab.

Il faut en ce domaine appliquer la stratégie de Thomas Edison qui estimait qu'un innovateur devait toujours avancer masqué: apporter de la nouveauté mais savoir l'envelopper dans de l'ancien. Ici l'ancien, c'est le vocabulaire managérial, car celui-ci est tourné vers l'action. En gros, il faut parler d'entrepreneuriat (ou d'intrapreneuriat) plutôt que d'innovation ".

L'Innovation...en santé : une volonté gouvernementale forte

Le plan « Innovation France 2030 » a mis l'**innovation au cœur de la stratégie française** pour bâtir un système de santé performant et mondialement reconnu et attractif. Son volet santé "innovation santé 2030" a bénéficié comme mesure phare de la création, le 31 octobre 2022, de " l'Agence de l'innovation en santé" (AIS). Elle a vocation à piloter, avec tous les ministères et opérateurs concernés la mise en œuvre de ce volet santé de France 2030 et de ce fait de favoriser et accélérer la mise sur le marché des innovations françaises.



Son rôle est d'**accélérer l'efficacité des innovations françaises en mettant en synergie tous les acteurs de l'écosystème de santé en France** : de la recherche fondamentale au monde de l'entrepreneuriat et des organismes de soins au bénéfice des patients. Elle a pour mission de coordonner les travaux sur la prospective en santé pour caractériser les besoins à venir du système de santé et d'anticiper leurs impacts sur le système de prévention et de soin.

« En s'appuyant sur la recherche fondamentale, les moyens déployés par France 2030 nous permettent de faire bénéficier à tous des innovations thérapeutiques et diagnostiques. Ce projet de très grande ampleur nous permettra d'avoir un réel impact sur la santé des Français et notre souveraineté. » indiquait Sylvie Retailleau Ministre de l'Enseignement Supérieur

L'innovation est désormais considérée comme un des vecteurs essentiels du progrès médical et des soins. Elle doit permettre aux professionnels de santé de fournir des soins plus efficaces, plus sûrs et plus abordables grâce à de nouveaux traitements, médicaments et équipements médicaux mais aussi le développement de nouvelles pratiques et modèles de soins grâce à l'utilisation de technologies numériques couplées parfois à l'intelligence artificielle. Elle doit, avant tout **bénéficier en bout de chaîne aux patients** avec de nouvelles méthodes de diagnostic et de prises en charge qui améliorent l'efficacité et la qualité des soins et donc la qualité de vie des patients. Les dernières technologies améliorent la précision et l'efficacité des diagnostics et des traitements et permettent une meilleure surveillance de la santé à distance.

Pour Lise Alter, Directrice générale de l'Agence de l'innovation : " La France peut se féliciter d'avoir un écosystème d'innovation foisonnant. C'est par l'innovation qu'on va réussir à avoir une approche transformante de notre système de santé ".

<https://www.gouvernement.fr/france-2030-sylvie-retailleau-francois-braun-et-roland-lescure-ont-co-preside-le-comite-de-pilotage>

L'Innovation...en Kinésithérapie : un regard sur l'évolution des soins

L'innovation en kinésithérapie incarne une transformation essentielle dans la manière dont les professionnels de la rééducation abordent les soins. Pour les kinésithérapeutes, l'innovation ne se limite pas à l'introduction de technologies de pointe, mais englobe un éventail de nouvelles méthodes, approches, et modèles de soins. Ce changement continu est crucial pour relever les défis actuels et offrir des solutions plus efficaces et personnalisées aux patients.

Qu'est-ce que l'innovation pour les kinésithérapeutes ?

L'innovation pour les kinésithérapeutes va au-delà des technologies émergentes. Cela englobe l'adaptation constante aux nouvelles recherches scientifiques fondamentales et cliniques, aux avancées cliniques, et aux modèles de soins novateurs.

Cela peut se manifester par l'intégration de nouvelles méthodes de diagnostic, l'utilisation de dispositifs de rééducation avancés, ou encore la personnalisation des protocoles de traitement basée sur des données spécifiques au patient.

Les kinésithérapeutes innovants embrassent également des approches collaboratives, travaillant en interprofessionnalité et transdisciplinarité avec d'autres professionnels de la santé, chercheurs, et ingénieurs pour créer des solutions holistiques.

Pourquoi l'innovation est-elle importante en Kinésithérapie ?

1. Efficacité des Soins

L'innovation permet d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des soins en intégrant des méthodes basées sur des preuves scientifiques, optimisant ainsi les résultats pour les patients.

2. Personnalisation des Traitements :

Les kinésithérapeutes peuvent individualiser les traitements en utilisant des innovations telles que la télé-rééducation, la réalité virtuelle, et les capteurs biométriques, tenant compte des besoins spécifiques de chaque patient.

3. Adaptation aux Nouvelles Connaissances

Les avancées constantes dans les domaines médical et scientifique nécessitent une adaptation rapide des pratiques. L'innovation permet aux kinésithérapeutes de rester à la pointe des dernières découvertes et d'intégrer ces connaissances dans leur pratique quotidienne.

4. Optimisation de la Communication :

Les outils innovants facilitent la communication entre les kinésithérapeutes et les autres membres de l'équipe de soins de santé, favorisant une approche collaborative et intégrée.

Points de vigilance pour les kinésithérapeutes

1. Formation Continue

L'innovation nécessite une formation continue pour les kinésithérapeutes afin de garantir une utilisation appropriée et efficace des nouvelles technologies et approches.

2. Protection des Données

L'utilisation de technologies telles que la collecte de données biométriques soulève des préoccupations quant à la protection des données des patients, nécessitant une vigilance accrue en matière de confidentialité.

3. Résistance au Changement

Certains kinésithérapeutes peuvent être réticents au changement, soulignant la nécessité de programmes de sensibilisation et d'éducation pour favoriser l'acceptation de l'innovation.

Enfin, La tension entre l'innovation et les valeurs hospitalières représente une délicate équation pour les professionnels de la santé. Les hôpitaux, fondés sur des principes de service public et d'équité, peuvent se retrouver face à des défis philosophiques lorsque l'innovation adopte une approche entrepreneuriale.

Ces défis incluent la conciliation entre objectifs financiers et mission de service public, la gestion des risques versus le principe de précaution, et la balance entre l'individualisme entrepreneurial et l'approche collective hospitalière.

Les dilemmes culturels et éthiques sont également présents, avec des résistances liées à l'évolution des valeurs soignantes et à la nécessité d'une inclusion éthique des patients dans les initiatives innovantes.

Pour surmonter ces défis, il est essentiel de promouvoir l'éducation et la sensibilisation du personnel hospitalier, d'encourager l'engagement participatif des professionnels de la santé et des patients, et d'établir des cadres éthiques et une gouvernance solide pour guider les projets d'innovation. L'harmonisation réussie de l'innovation avec les valeurs hospitalières nécessite une approche réfléchie, éthique, et collaborative, permettant ainsi de garantir que les avancées technologiques et entrepreneuriales restent alignées sur la mission essentielle de fournir des soins de qualité et équitables.

Soutien par les instances de l'innovation en santé

L'Agence d'innovation en santé et les directions de la recherche et de l'innovation des CH-CHU jouent un rôle crucial en fournissant des ressources, des financements et des plateformes collaboratives. Ces organismes soutiennent la recherche appliquée, la mise en œuvre de nouvelles pratiques, et la création d'écosystèmes propices à l'innovation en kinésithérapie.

En conclusion

L'innovation en kinésithérapie est un catalyseur majeur pour l'évolution des soins de santé. Les kinésithérapeutes, en embrassant l'innovation, peuvent non seulement améliorer les résultats pour leurs patients, mais aussi contribuer activement à la transformation continue de leur domaine professionnel. Cependant, une approche éclairée et attentive est nécessaire pour surmonter les défis potentiels et maximiser les avantages de cette évolution constante.

Thomas Rulleau
Kinésithérapeute, Dr. en Sciences
Coordonnateur de la recherche paramédicale CHU Nantes
Membre du Conseil d'administration du CNKS



POUR ALLER PLUS LOIN :
articles parus dans HOSPITALIA CHU DE BORDEAUX HORS SERIE # 4, p.16 à 18 et 26 à 29
<https://www.calameo.com/books/0051298736a2b59a3938e>



POUR ALLER PLUS LOIN :
La toute récente parution de
INNOVATIONS & COMMUNICATION EN SANTÉ
LEH Édition
sous la direction de Yann BUBIEN
et Alexis BATAILLE-HEMBERT

avec entre autres,
la contribution de Guillaume ROUSSON
Kinésithérapeute
Co-fondateur de ENTENDS MOI

EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

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

" Qui dit recherche renvoie aux savoirs et aux sciences" mais doit aussi et surtout " trouver intention(s), geste(s) et traces(s) dans le vécu, l'expérience et la connaissance de Cliniciens Chercheurs " [in KINESCOPE n°26 & n°27]

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 des coordonnateurs paramédicaux de la recherche MK et des cliniciens engagés dans des démarches de recherche depuis plusieurs numéros le CNKS ambitionne de contribuer à la promotion et à l'essor de cette démarche de valorisation de la recherche paramédicale.

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

« 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 » indiquait KINESCOPE 28 annonçant un focus sur la recherche en kinésithérapie, la recherche par et pour les kinésithérapeutes.

La recherche en kinésithérapie : un triptyque indispensable

La kinésithérapie, en tant que profession axée sur la rééducation physique, bénéficie d'un cadre de recherche tripartite englobant la recherche fondamentale, la recherche translationnelle et la recherche clinique.

L'interaction entre ces trois différentes approches permet tout à la fois un éclairage essentiel et une amélioration significative des pratiques cliniques par les modèles théoriques et physiopathologies sous-jacents et vice versa.

La recherche fondamentale : un pilier nécessaire et incontournable

La recherche fondamentale en kinésithérapie explore les modèles théoriques biomécaniques, cognitifs, éducatifs, managériaux,...qui explicitent les questions et sous-tendent les réponses à apporter.

C'est un terrain d'investigation qui peut sembler éloigné de la pratique quotidienne, mais qui s'avère être le fondement sur lequel reposent la validation et des avancées cliniques. Par exemple, la compréhension des processus de planification motrice peut guider l'émergence et le développement de techniques de rééducation plus ciblées et efficaces en gériatrie.

De la recherche fondamentale à la recherche clinique : la recherche translationnelle

L'importance de la recherche fondamentale réside dans sa capacité à éclairer la pratique clinique. En comprenant les modèles théoriques d'action de leurs techniques et les modèles physiopathologiques, les kinésithérapeutes peuvent adapter leurs approches de manière plus précise.

La recherche fondamentale offre des pistes pour personnaliser les protocoles de rééducation en tenant compte des variations individuelles, optimisant ainsi les résultats pour les patients. Par exemple, la découverte de marqueurs spécifiques peut permettre une évaluation plus fine de la progression des patients et une adaptation plus rapide des interventions.

La recherche clinique : un pilier et incontournable et nécessaire

La recherche clinique en kinésithérapie repose sur des questions, des essais, des observations et des enquêtes impliquant directement des patients. Elle vise à évaluer la pertinence et l'efficacité des approches, des pratiques et techniques, de kinésithérapie voire de rééducation dans des conditions réelles.

Un dialogue constant entre "fondamentale et "clinique" & entre "clinique et fondamentale"

Ces liens directs entre la pratique clinique et la recherche permettent de remettre en question et de valider les découvertes de la recherche fondamentale. Par exemple, si une nouvelle technique de rééducation basée sur des découvertes fondamentales ne montre pas d'efficacité dans un contexte clinique, cela amène une réévaluation des modèles théoriques initiaux.

L'interaction entre la recherche fondamentale et clinique est un dialogue constant. Les découvertes fondamentales alimentent l'innovation clinique, tandis que les observations cliniques remettent en question et guident la recherche fondamentale. Ce dialogue bidirectionnel crée un cycle d'amélioration continue où les progrès dans la compréhension fondamentale se traduisent directement par des améliorations dans la qualité des soins.

En conclusion, la recherche en kinésithérapie ne peut être pleinement appréciée sans reconnaître l'importance cruciale de la recherche fondamentale et de la recherche clinique. Ces deux piliers interdépendants forment un partenariat essentiel qui propulse la discipline vers de nouvelles frontières de connaissances et d'efficacité clinique, offrant ainsi des bénéfices durables pour les praticiens et, surtout, pour les patients.

Thomas Rulleau, Kinésithérapeute, Dr en Sciences
Coordonnateur de la recherche paramédicale CHU Nantes
Membre du Conseil d'Administration du CNKS
Membre du Bureau de la CNCRP

RetEx



**Au cœur de la recherche
Portraits, Parcours & Paroles**

Alexandra ROREN

MK (1996)
CDS MK (2011)
HDR (2020)
Enseignant Chercheur (2022)
PU (2023)



" Je suis kinésithérapeute depuis 1996, j'ai effectué ma formation au sein de l'ENKRE. Par opportunité et par goût, j'ai essentiellement travaillé en tant que salariée dans des services hospitalo-universitaires prenant en charge des personnes avec pathologies de l'appareil locomoteur.

Je suis arrivée en 2001 dans le service de MPR de l'hôpital Cochin. Un désir d'approfondir mes connaissances sur le fonctionnement du corps humain sain et pathologique et une certaine frustration de ne pas comprendre les choix thérapeutiques des médecins de rééducation m'ont conduit à entreprendre un Master (STAPS, biologie du muscle et du mouvement), puis une thèse au sein de l'école doctorale Sciences Ingénierie et Santé (universités Lyon et Saint-Etienne).

Au fur et à mesure de ce parcours, mon activité professionnelle s'est enrichie de missions d'encadrement « technique » et d'enseignement. Soutenue et poussée par l'équipe médicale du service de MPR dans la perspective de la future création de postes universitaires pour paramédicaux rééducateurs à l'université Paris Cité, j'ai passé mes qualifications de Maître de Conférences, de Professeur des Universités et l'Habilitation à Diriger des Recherches.

J'ai obtenu un poste universitaire d'enseignant-chercheur dans le nouveau Département des Sciences de la Rééducation et de la Réadaptation de l'Université Paris Cité en 2022 puis un Poste de professeur en 2023.

L'équipe de recherche à laquelle je suis rattachée (équipe ECAMO, CRESS-UMR 1153) étant localisée à l'hôpital Cochin dans le bâtiment du service de MPR, j'ai pu conserver ma proximité avec l'équipe de rééducation et avec le soin, en attendant l'obtention de vacations cliniques, dans le cadre d'une autorisation de cumul d'activités.

Pourquoi êtes-vous devenue kinésithérapeute ?

J'ai toujours été intéressée par le fonctionnement du corps humain, j'ai décidé de passer le concours de MK quand j'ai réalisé que ce qui m'importait était de prendre soin de l'autre, après le baccalauréat, je m'étais orientée sur des études en économie...

J'avais eu l'occasion d'expérimenter - en tant que patiente - la kinésithérapie ; j'avais beaucoup aimé le relationnel du professionnel ; en quelques mots, quelques gestes et exercices, il avait rendu le fonctionnement de l'appareil locomoteur intrigant et passionnant, et le métier de MK concret et intéressant.

Quels motifs vous ont amenée à vous intéresser, à la recherche ?

J'ai eu la chance au cours de mes études à l'ENKRE de rencontrer des enseignants (génération Gérard Pierron, Alain Leroy, Raymond-Gilbert Danowski ...) qui étaient intéressés par la recherche en sciences du mouvement (même si je n'avais pas alors de vision précise de ce que c'était). J'ai travaillé dans un service d'orthopédie très favorable aux initiatives des MK pour améliorer la prise en charge des patients.

A mon arrivée dans le service de MPR de l'hôpital Cochin (AP-HP), j'ai ressenti de la frustration de pas avoir les clés pour comprendre les arbitrages thérapeutiques des médecins et les orientations données à la rééducation. Ce service était alors dirigé par le Pr. Michel Revel (kinésithérapeute avant de devenir médecin) et avait une grosse activité de recherche centré sur l'appareil locomoteur. J'ai pu participer en tant que MK à plusieurs projets de recherche.

J'ai été progressivement orientée vers une activité d'« encadrement technique » chargée en plus de l'activité de soins, de la rédaction et de l'actualisation des protocoles de soins de rééducation du service en accord avec la science disponible et en collaboration avec les MK du service. J'ai effectué mon travail de recherche dans le service de MPR sous la direction d'un médecin du service. Je me suis intéressée à l'évaluation d'un nouveau dispositif dans la mesure du repositionnement cervico-céphalique chez les personnes cervicalgiques.

J'ai voulu continuer et me perfectionner dans l'activité de recherche en entamant un doctorat, j'ai alors poursuivi un travail de recherche initié dans le service et portant sur l'évaluation cinématique de l'omoplate. Ce travail avait un aspect assez fondamental de description cinématique des mouvements 3D de la scapula et de ses perturbations chez les personnes ayant une pathologie ostéo-articulaire.

Il me semble que recherche fondamentale et appliquée ne s'opposent pas, au contraire en explorant des facteurs explicatifs, la recherche fondamentale permet de préciser une question clinique et d'augmenter sa pertinence. J'ai depuis élargi mon champ de recherche et m'intéresse en plus de la cinématique de l'épaule à l'évaluation de nouveaux programmes de rééducation et de suivi des personnes avec pathologie ostéo-articulaire.

Ce qui me plaît le plus dans le domaine de la recherche est de développer de nouveaux projets en y impliquant mes collègues kinésithérapeutes, ergothérapeutes et enseignant en APA. Je suis co-directrice de la thèse d'un des MK du service.

Les projets de recherche sont soumis à différents appels à projets afin d'obtenir leur financement, gage d'une recherche réalisable dans de bonnes conditions au service de sa qualité. Je m'efforce d'amener les travaux de recherche effectués dans le service par des étudiants (MK en fin de cursus initial et en Master) et les professionnels du service, jusqu'à leur communication via des congrès et/ou des publications.

C'est ainsi que nous améliorerons notre propre expertise et contribuons au savoir collectif.

Quelles facilités et difficultés avez-vous rencontré dans ce parcours universitaire ?

Il est difficile de poursuivre en même temps activités cliniques et de recherche mais je ne regrette pas d'avoir mené ma thèse de cette façon-là, je n'aurais pas voulu me couper de la pratique pour me consacrer uniquement à un travail de recherche. L'aventure de la thèse peut paraître rude, le plaisir de chercher n'est pas là tout de suite et pas tous les jours...

Tout prend du temps, et nous sommes confrontés à des difficultés « classiques » de la recherche mais pourtant difficiles à anticiper et/ou à éviter (durée pour obtenir les autorisations réglementaires, retard dans l'inclusion des participants, paramètre(s) important(s) non évalué(s) et donc non récupérable(s)).

Je me suis un peu heurtée à certains de mes collègues qui ne comprenaient pas que sois quelques fois moins disponible pour mon activité clinique habituelle. Vous vivez des périodes de découragement, de perte de sens, c'est alors qu'il faut être bien entouré(e) et soutenu(e).

Le temps de la thèse et plus largement celui de la recherche, c'est aussi (beaucoup) de temps personnel, cette aventure suppose donc une bonne organisation et un fort soutien familial.

Le travail de recherche est une aventure collective, on s'appuie sur le savoir des personnes expérimentées et on transmet son expérience aux chercheurs novices. Le travail de recherche a tout à gagner à faire coopérer des chercheurs de formation différente. Dans mon cas, la thèse et le parcours académique ne pouvaient pas s'envisager sans le soutien et la confiance de la hiérarchie medico-universitaire ".

Pensez-vous souhaitable voire indispensable - parallèlement à l'avènement d'enseignants chercheurs qualifiés et nommés au sein des universités – qu'émerge une reconnaissance statutaire, par une grille fonctionnelle par exemple (au lieu d'assimilation à celle d'ingénieur) pour des " kinésithérapeutes Cliniciens Chercheurs". Quels avantages et/ou inconvénients y voyez-vous ?

On sent un intérêt grandissant pour la recherche chez les MK. La réingénierie des études leur permet de mieux appréhender la méthodologie de recherche. Le premier objectif de l'initiation à la recherche est de donner aux étudiants les clés de l'analyse critique de la littérature scientifique. Chez certains la formation à la recherche et/ou l'implication dans des travaux de recherche va développer un attrait pour le questionnement scientifique et les travaux de recherche. Un petit nombre de ceux-là vont poursuivre un parcours académique par pur intérêt intellectuel, pour développer une expertise et/ou pour s'inscrire dans une carrière d'enseignant-chercheur.

La conservation du lien avec le soin me semble très importante pour mener des recherches pertinentes dans le domaine des sciences de la rééducation et de la réadaptation.

En plus du développement de postes de type bi-appartenant (enseignant-chercheur et clinicien), la création de postes de kinésithérapeutes cliniciens chercheurs pourrait être intéressante dans la mesure où ces professionnels seraient formés à la démarche de recherche et capables de mener des projets de recherche.

La valence clinique de ces professionnels serait le gage de questions de recherche ancrées dans des problématiques de soins de rééducation-réadaptation. Ces professionnels seraient sans nul doute des éléments dynamisants de l'équipe clinique. J'ignore s'il faudrait alors utiliser la grille d'ingénieur (déjà utilisée par certains de nos collègues cliniciens-chercheurs) ou en créer une nouvelle qui rendrait plus visible cette fonction spécifique.

Laboratoire d'analyse du mouvement du Service de Rééducation et Réadaptation de l'Appareil Locomoteur et des Pathologies du Rachis, GH Cochin

RetEx



Deuxième retraite rédactionnelle de la Société Française de Physiothérapie : une expérience passionnante

L'initiative "phare" de la deuxième retraite rédactionnelle de la Société Française de Kinésithérapie (SFP), saluée par le Collège National de Kinésithérapie Salariée (CNKS), a confirmé l'intérêt soutenu du conseil d'administration pour la recherche en kinésithérapie, en réadaptation, et en santé en général.

Cette expérience, qui s'est déroulée du 15 au 17 décembre 2023 à Mûrs-Erigné, est née du constat que de nombreuses recherches de qualité, issues de mémoires et thèses, ne trouvaient jamais leur chemin vers une production scientifique formelle, entraînant une perte de connaissances pour les professionnels, les patients et la société. La retraite a accueilli cette année 9 "stagiaires" qui ont bénéficié de la présence de 5 mentors bénévoles.

Le projet de retraite rédactionnelle est né de la collaboration avec l'organisme québécois à but non lucratif "Théssez-vous", reconnu pour ses initiatives visant à aider à la rédaction d'articles scientifiques.



Sous l'impulsion de la SFP, et du comité de rédaction de l'European Rehabilitation Journal, cette deuxième retraite a bénéficié de l'expérience acquise lors de la première édition.

La structuration de cette retraite a permis aux "stagiaires" de se dégager de toute contrainte matérielle durant ce week-end, les repas étant produit par l'équipe de mentors.

Les projets de recherche et d'écriture étaient diversifiés, reflétant la variété des participants issus des milieux libéral et salarié de la kinésithérapie. Par exemple, des kinésithérapeutes avaient des projets de publication de recherche en lien avec le réentraînement cardiovasculaire en phase subaigüe de l'AVC, la planification motrice en gériatrie ou l'importance de l'examen de la cinématique de la scapula.

Cette deuxième édition a eu lieu après plus de 6 mois de préparation, incluant des réunions préparatoires, une formation sur l'animation d'un groupe en retraite sur 3 jours, le vivre-ensemble, l'inclusion, ainsi que sur les outils "Pomodoro" et "SMART-ER".

Le programme de la retraite comprenait des séances de rédaction rythmées d'une durée de 50 minutes, entrecoupées de pauses actives de 10 minutes.

Ce séquençage 50/10 permet une optimisation des ressources cognitives pour améliorer l'efficacité rédactionnelle.

Des objectifs sur le concept SMART-ER ont été appliqués "Spécifiques", "Mesurables", "Adaptés", "Réalistes", "Temporellement définis", "Évaluables", et "Réajustables" étaient définis préalablement, assurant une approche méthodique et efficace.

Des sessions de mentorat et des ateliers spécifiques ont également été proposés, couvrant des sujets tels que l'écriture d'un article cohérent et complet, l'anglais scientifique, le choix du journal, les statistiques, le processus de "review" et le dépôt d'un appel à projets.

L'engouement des participants et des encadrants a contribué à la réussite de cette retraite scientifique. Les retours positifs du questionnaire de satisfaction montrent l'impact bénéfique d'un tel événement et motivent déjà pour la planification de l'édition 2024. Une évaluation à moyen et long termes sera effectuée pour mesurer la réalisation des objectifs rédactionnels d'articles et/ou de thèses.

Cette deuxième retraite rédactionnelle confirme ainsi son rôle essentiel dans la promotion de la recherche en kinésithérapie en France. Les mentors remercient les participants pour leur participation active, et Alexandre Rambaud pour son retour d'expérience comme mentor de la première retraite, et Noemie Duclos pour avoir amené et porté ce projet.

Johanna Robertson, Alexandra Roren, Karim Jamal,
Matthieu Guemann et Thomas Rulleau

RETOURS D'EXPERIENCES TROSCOPE



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de rapporter

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

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



Nomenclatures en réadaptation : le moment de vérité (suite du n°28)

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. . . . (extrait de l'article paru dans KINESCOPE n°28 nov. 2023)

Les fréquentes interrogations, des uns et des autres salariés comme libéraux, quant à la nomenclature à employer et la cotation à utiliser, et les diverses réponses contradictoires laissent perplexes mais traduisent dans tous les cas une complexité sans égale et une difficulté d'acculturation et d'appropriation de ces outils dits de référence !

*L'ICHI (**International Classification Healthcare Interventions**) que le président du Syfmer, évoquait dans le précédent KINESCOPE ne serait-elle pas une perspective de l'évolution souhaitable ?*

En voici comme annoncé la présentation.

Nomenclatures en réadaptation : l'ICHI face aux nomenclatures françaises

Face à l'hétérogénéité des nomenclatures utilisées dans chaque pays, l'OMS souhaite aider la communauté internationale à développer des classifications communes. Il s'agit de promouvoir des systèmes de soins accessibles, de qualité, équitables et solidaires. Elle propose une nouvelle classification des interventions en santé.

L'identification de la réadaptation comme concept français de santé publique, bien qu'encore trop souvent cantonné au secteur institutionnel des SMR, peut contribuer à sortir de l'impasse des nomenclatures françaises dans l'objectif d'une juste valorisation des programmes de réadaptation. La réadaptation est une composante de la valeur des soins qu'il faut pouvoir repérer pour bien la financer. Après avoir survolé les nomenclatures françaises nous décrivons les apports possibles de l'ICHI (*International Classification of Health Interventions*).

Hétérogénéité des nomenclatures d'un pays à l'autre

Les nomenclatures soutenant la rémunération des soins influencent les restructurations des systèmes de santé et sont influencées par l'histoire qui les a produites. Les pays ayant un système national de santé ont développé moins de nomenclatures dès lors que les professionnels sont salariés ou payés à la capitation.¹

Le développement international des paiements prospectifs par cas, autrement dit de la tarification à l'activité (T2A), a entraîné la création de multiples nomenclatures constitutives des groupes médico-économiques pour la rémunération des soins en établissements qui empruntent largement aux nomenclatures existantes (comme la CCAM) ou ayant entraîné la création de nomenclatures spécifiques comme le Catalogue spécifiques des actes de rééducation et réadaptation (CSARR).

Le paiement l'acte existe dans tous les pays, combiné en proportion variable avec d'autres paiements. Dans l'histoire française des relations entre professionnels libéraux et Assurance-Maladie, la charte de 1927 a fait du paiement direct, ou à l'acte, un principe fondamental des professions de santé libérales. Les avantages respectifs du paiement à l'acte, de la capitation, introduite sous formes de « forfaits », du salariat, du paiement à la qualité ou à la performance sont très controversés dans la littérature. Il ne s'agit pas ici de prendre parti mais d'analyser le chemin de dépendance français face à la question clé de la réadaptation et de la réponse aux besoins de « santé fonctionnelle ».

Le système français est marqué par une fragmentation socio-sanitaire qui a longtemps retardé la reconnaissance de la réadaptation comme priorité de santé publique. Cette fonction essentielle de la qualité des soins nécessite d'en faire un axe spécifique des programmes régionaux de santé (PRS). C'est encore le chaînon manquant de nos politiques de santé, une priorité oubliée.

L'identification de cette fonction, dans le sillage de la classification internationale des comptes de la santé laisse entrevoir la possibilité d'y rattacher nos nomenclatures françaises. Nous en rappelons l'incapacité à inciter à la coopération entre professionnels et/ou établissements de santé, à favoriser des parcours de santé mieux intégrés faute d'un financement incitant à une organisation des soins coordonnée.

Tous les mécanismes de paiement des professionnels ou des établissements ont des avantages et des inconvénients qui dépendent du contexte². S'il présente des avantages économiques en termes de production de biens et de services le paiement à l'acte, induit, sans mécanismes complémentaires, des incitations à travailler en silo, à limiter les demandes de conseil et l'adressage des patients à des professionnels dont les compétences sont indispensables.

Alors que l'Assurance-Maladie a tenté de développer des « parcours de soins coordonnés », il est étonnant que « l'accès direct », initialement promu par les médecins spécialistes libéraux voulant échapper à l'adressage par les généralistes, ait été promu comme slogan visant à démultiplier l'exercice en silo des professions paramédicales libérales. Plutôt que de mettre l'accent sur la notion de partage des tâches et de travail en équipe au sein d'une organisation disposant de protocoles définis et visant un parcours mieux intégré, et alors même qu'ils tentent de favoriser le développement des forfaits dans l'espoir qu'une forme de capitation partielle incite à regrouper l'exercice libéral, les pouvoirs publics ont mis l'accent sur « l'exercice de l'art sans prescription médicale ». Celui-ci vise explicitement l'accès au remboursement d'actes qui devront s'appuyer sur des nouveaux éléments de nomenclature.

A cet égard les réformes des nomenclatures semblent dans une impasse institutionnelle. Il est reconnu qu'elles ne favorisent pas des programmes et des parcours de soins intégrés dans le champ de la réadaptation. L'accès direct à la française semble antinomique avec la recherche de la coopération interprofessionnelle notamment dans le champ de la réadaptation.

La NGAP médicale et paramédicale ne dit rien de la pertinence des soins, des temps et coûts réels de réalisation des actes. Elle multiplie les pratiques d'optimisation. A cet égard la nouvelle nomenclature de kinésithérapie liée à l'avenant n°7 ne fait pas exception notamment avec une segmentation étio-pathogénique et curative. En termes de motivations des interventions, la NGAP n'est reliée ni à la CIM, ni à la CIF.

La CCAM est pléthorique et favorise essentiellement les disciplines à fort taux d'actes techniques. Elle risque dans sa réforme de continuer à sous valoriser tout travail intellectuel de concertation, coordination et orientations pour les parcours complexes.

Le CSARR présente des vices congénitaux. Il ignore le périmètre international de la réadaptation, par des interventions qui relèvent soit de la prévention, soit des soins curatifs, soit des soins de bien-être voire de pratiques cliniques non validées. Le CSARR est dépourvu de toute garantie sur la pertinence des soins et le système des pondérations associées est une incitation délétère à l'optimisation financière du codage. La réforme du CSARR appuyée sur la CIF pourrait améliorer la situation mais il reste incapable de définir des groupes fondés sur les besoins de réadaptation.

Enfin les groupes économiques de réadaptation au séjour en HC et à la semaine en HTP restent incapables de capter les besoins de réadaptation. Au regard des comparaisons internationales nous avons montré que seul un financement à la séquence fondé sur les missions principales définies par l'instruction du 28/09/2022 (poursuite de soins curatifs, réadaptation et soins de transition) permettrait une part raisonnable de paiement par cas ³. Le CSARR réformé pourrait rester utile lors des ENCC et pour une part de paiement à la journée pondérée à 'activité.

Origine et constitution de l'ICHI

La Classification Internationale des Interventions Sanitaires (ICHI) est un outil commun permettant de signaler et d'analyser les interventions sanitaires à des fins cliniques et statistiques. Elle s'intègre à la famille des classifications de la santé de l'OMS (WHO-FIC) et comprend trois classifications de référence, couvrant les maladies, le fonctionnement et le handicap, ainsi que les interventions en matière de santé :

- classification statistique internationale des maladies (CIM)
- classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)
- classification internationale des interventions sanitaires (ICHI).

La famille est décrite sur <https://www.who.int/publications/m/item/who-fic-family-paper>

L'ICHI a été développée à partir de 2007 par des experts issus des centres collaborateurs WHO-FIC. L'ICHI couvre toutes les parties du système de santé et contient un large éventail d'interventions absentes des classements (nomenclatures) nationaux.

L'ICHI, en tant que classification statistique, **englobe les interventions dans toutes les composantes des systèmes de santé**. L'ICHI comprend les interventions médicales, chirurgicales, de santé mentale, de soins primaires, de santé paramédicale, d'assistance au fonctionnement, de réadaptation et de prévention, et comprend une gamme d'interventions destinées à être utilisées en santé communautaire et en santé publique.

L'ICHI contient plus de 8 000 interventions et est évolutive.

Les interventions ICHI sont regroupées dans les quatre sections suivantes, en fonction de la cible de l'intervention :

- Interventions sur les systèmes et fonctions du corps (chapitres 1 à 12)
- Interventions sur les activités et les domaines de participation (chapitres 13 à 21)
- Interventions sur l'environnement (chapitres 22 à 27)
- Interventions sur les comportements liés à la santé (chapitre 28)

Objectifs de l'ICHI : couverture maladie universelle, pertinence et qualité des soins

La couverture sanitaire universelle (CSU) est une priorité majeure de l'OMS. Elle inclut explicitement les prestations de réadaptation et elle incite les pays à en faire une stratégie nationale de santé. Une mauvaise identification des interventions de réadaptation engendre des difficultés financières lors du paiement de ces services.

En fournissant une **structure et une terminologie communes** pour la description des interventions, l'ICHI, ainsi que la CIM-11 et la CIF, seront utiles pour spécifier des indicateurs permettant le suivi de la mise en œuvre de la CSU.

L'ICHI fournit un **langage commun aux praticiens de la santé publique, aux cliniciens, aux décideurs politiques et aux chercheurs** pour discuter et comparer la composition des programmes de santé publique au sein d'un pays et entre les pays. Elle peut soutenir la recherche sur l'efficacité des interventions en matière de santé, telles que celles entreprises par la Collaboration Cochrane.

L'ICHI et la CIM-11 fournissent une **base pour le financement des services de santé**, en particulier dans le cadre d'un système de financement par éventails de cas ou *casemix* (T2A), utilisant soit un système national, soit le système *casemix* de l'OMS en cours de développement.

Définition d'une intervention de santé dans l'ICHI

Une intervention de santé ⁴ est un acte accompli pour, avec ou au nom d'une personne ou d'une population, dont le but est d'évaluer, d'améliorer, de maintenir, de promouvoir ou de modifier la santé, le fonctionnement ou l'état de santé.

Chaque code racine dans ICHI est décrit selon trois axes ⁵ :

- **Cible** : entité sur laquelle l'action est réalisée,
- **Action** : acte accompli par un acteur envers la cible,
- **Moyens** : processus et méthodes par lesquels l'action est réalisée.

Chaque axe est constitué d'une liste codée de catégories descriptives. Chaque code racine est représenté par un titre et un code unique à sept caractères désignant les catégories d'axes pour cette intervention : trois caractères pour la Cible, deux caractères pour l'Action et deux caractères pour le Moyen.

Un code souche ICHI comprend tous les éléments nécessaires à l'intervention (par exemple laparotomie comme approche opératoire, suture d'une incision abdominale après une intervention chirurgicale). Un codage séparé des composants n'est pas requis.

L'ICHI n'inclut pas d'information sur le prestataire d'une intervention ou sur le contexte dans lequel l'intervention est réalisée. **La ou les raisons d'une intervention, ainsi que ses résultats, doivent être classés à l'aide de la CIM et de la CIF** et ne sont pas inclus dans l'ICHI.

Des informations supplémentaires sur une intervention peuvent être ajoutées si nécessaire à l'aide de **codes d'extension**, notamment des codes pour les produits thérapeutiques et d'assistance, les médicaments, les tests pathologiques essentiels et la télésanté, ainsi que des informations telles que la quantification, la latéralité et une description plus détaillée de l'anatomie.

Le cas échéant, les codes d'extension utilisés dans l'ICHI sont les mêmes que ceux de la CIM-11. **Les codes CIF peuvent être utilisés** pour fournir une description plus détaillée des cibles fonctionnelles.

Exemples en réadaptation

Interventions sur les structures et fonctions organiques

AUI.PH.ZZ Assistance et exercices des fonctions mentales du langage

- Cible « **AUI** » : fonctions mentales du langage
- Action « **PH** » : exercices
- Moyens « **ZZ** » : moyens non spécifiés

AUK.PG.ZZ Assistance et exercices des fonctions mentales pour les séquences de mouvement complexes

MBM.PB.ZZ Mobilisation de la colonne lombaire

Interventions sur les activités et participation

SEG.PH.ZZ Exercices de réception des messages en langue des signes

SEA.AA.ZZ Exercices de réception des messages en langage oral

SHA.PH.ZZ Exercices de changement de position

- Cible **SHA** : changer la position corporelle
- Action « **PH** » : exercices
- Moyens « **ZZ** » moyens non spécifiés

Regroupement d'interventions en programmes de soins ou chemins cliniques

Dans des domaines tels que la réadaptation, la santé mentale et la santé publique, plusieurs interventions peuvent être combinées en un seul ensemble. Un programme de réadaptation peut être construit pour une personne et inclure une sélection d'interventions, qui seront fournies par une gamme de prestataires et de disciplines sur une période donnée. Un programme de traitement de santé mentale peut être construit de la même manière. Un programme regroupant des interventions doit être formalisé.

Les ensembles d'interventions sont signalés en utilisant un « + » entre les interventions. Chaque intervention est représentée par un code souche avec ou sans codes d'extension.

Perspectives nationales et internationales

Les classifications nationales se sont jusqu'ici concentrées sur les interventions diagnostiques, médicales et chirurgicales. L'ICHI présente une gamme de contenus évoqués plus haut qui ne figurent pas dans les classifications nationales, ou qui ne sont que partiellement couverts. Les pays peuvent intégrer ce contenu supplémentaire de l'ICHI dans les classifications nationales.

La classification internationale des maladies (CIM) et la CIF sont de plus en plus utilisées dans le monde mais de nombreux pays souhaitent réaménager leur classification nationale en utilisant l'ICHI. Des classifications des interventions sanitaires ont été élaborées et mises en œuvre dans un certain nombre de pays afin notamment de développer de systèmes de financement par *casemix* pour les hôpitaux.

Face à l'impasse institutionnelle française de la réforme de la NGAP, de la CCAM et du CSARR, L'ICHI semble prometteuse dans la recherche d'une nomenclature épousant le cadre conceptuel international de la réadaptation. Elle peut permettre une plus juste valorisation des interventions de réadaptation en ville comme en établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Jean-Pascal Devailly
Président du SYFMER

Sources

1. Velasco-Garrido, Marcial, 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. Bras, Pierre-Louis. « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », *Les Tribunes de la santé*, vol. 57, no. 4, 2017, pp. 71-89.
3. Devailly JP. Des SSR aux SMR... Vers la valorisation du juste soin au juste coût ? *Gestions Hospitalières*. Novembre 2023, n° 630 ; 568-573
4. ICHI Browser : <https://icd.who.int/dev11/l-ichi/en>
5. ICHI Guide de référence :
https://icd.who.int/dev11/Downloads/Download?fileName=ichi/ICHI_Reference_Guide.pdf

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** ?*

*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** ?*

RetEx



Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles

Intérêt de l'évaluation posturale chez le sujet âgé

LE **CH D'HAUTMONT** est situé dans le Nord, à proximité du centre ville et de la gare S.N.C.F. Proche de l'axe rapide HAUTMONT-MAUBEUGE et de l'autoroute VALENCIENNES-MAUBEUGE. Il est seulement à 1h de Lille. il est en outre desservi par les transports en commun (arrêt bus face à l'entrée de l'Etablissement).

Etablissement Public de Santé, le Centre Hospitalier d'HAUTMONT a une capacité d'accueil de 216 lits et 5 places répartis en :

- 21 lits de Soins de Suite et de Réadaptation,
- 20 lits en Unité de Soins de Suite Spécialisée en Gériatrie Clinique (Unité cognitivo-comportementale Alzheimer) et 5 places en hospitalisation du jour,
- 40 lits de Soins de Longue Durée,
- 135 lits d'EH PAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes).



- 39 places de SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)

L'établissement dispose également :

- des consultations mémoire de proximité,
- des consultations psychogériatries (équipe mobile),
- des consultations en oncogériatrie et gériatrique.

En kinésithérapie, la prise en charge de la douleur occupera une place prépondérante dans le cadre de nos soins.

Les massages, la thermothérapie, l'électrothérapie et la cryothérapie seront les techniques les plus utilisées, cela bien entendu avec une collaboration médicale qui gèrera l'aspect médicamenteux.

Nouvellement, le CH et plus précisément notre service de réadaptation reçoit des étudiants stagiaires en kinésithérapie en provenance de la Haute école Louvain en Hainaut (HELHa) en Belgique et de l'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie du Nord de la France (IFMKNF).

Leur accompagnement a été protocolisé en collaboration avec la directrice de l'établissement, Mme V.Douez. Une évaluation plus complète de leur intégration sera réalisée courant 2024.

L'évaluation posturale chez la personne âgée revêt une importance particulière en raison des changements physiologiques liés à l'âge qui peuvent affecter l'équilibre, la posture et la mobilité. Une évaluation posturale complète peut aider à identifier les risques de chutes, à évaluer la fonctionnalité physique et à mettre en place des stratégies de traitements, de prévention et de réadaptation.

Celle-ci comprend généralement des tests de force musculaire, des évaluations de l'équilibre et de la marche, des mesures de la mobilité articulaire, des évaluations de la posture statique et dynamique, des tests cognitifs ainsi que des tests visuels.

Ces évaluations permettent de détecter les déficiences physiques, les déséquilibres musculaires, les limitations de mobilité et les risques de chutes.

Il est essentiel de souligner que l'évaluation posturale chez la personne âgée devrait être réalisée par des professionnels de la santé qualifiés et formés.

Cette approche globale de l'évaluation posturale doit tenir compte des aspects physiques, cognitifs, émotionnels et environnementaux pour une prise en charge holistique de la personne âgée.

Les trois grands principes de l'incidence et de la prévalence des chutes sont : l'âge, la polymorbidité et l'institutionnalisation. En effet le risque de chute chez la personne âgée est pluri-factoriel.

La notion d'âge avec comme sous-notion, non seulement le critère traditionnellement admis de + 65 ans mais surtout du point de vue de l'autonomie : l'autonomie physique, l'autonomie mentale, l'autonomie émotionnelle et l'autonomie sociale.

La notion de fragilité, qui regroupe la population vulnérable, porteuse donc de limitations motrices et cognitives.

La notion de personne « malade » porteuse de pathologies chroniques voire évoluées ou évolutives.

La polymédication : selon plusieurs études, le risque de chute augmente de façon significative si la personne prend plus de 4 médicaments par jour notamment psychotropes et cardiovasculaires (BLOCH F et al. Psychotropic drugs and falls in the elderly people : updated literature review and meta-analysis. J Aging Health, 2011; 23: 329-346.).

La déficience visuelle comme la cataracte ou la dégénérescence maculaire.

La diminution du tonus musculaire et de la force musculaire. On observe une diminution du nombre des fibres musculaires qui débute dès l'âge de 70 ans et une diminution du nombre de motoneurones qui sont en moyenne à 30 % de leur valeur initiale à l'âge de 90 ans (SAICH F et al. Peut-on augmenter l'activité physique chez la personne âgée ? Réalités en Nutrition et en Diabétologie, 2008 ; 9 : 16-21).

La sarcopénie consiste en une perte progressive de la masse et de la force musculaire. Cette perte de force musculaire augmente la contrainte sur certaines articulations (comme les genoux ou les hanches) et peut prédisposer la personne à l'arthrose, l'arthrite ou à une chute.

En effet, chez le sujet âgé le muscle n'est plus en mesure de se contracter aussi rapidement et la notion de réaction réflexe est perdue

La perte de densité osseuse

L'âge de début de cette raréfaction se situe vers 40–45 ans chez la femme et 50–60 ans chez l'homme.

Les conséquences morbides de l'ostéoporose sont surtout importantes après une fracture de l'extrémité supérieure du fémur avec, dans l'année qui suit :

- 15–20 % de mortalité ;
- 20–25 % d'institutionnalisation ;
- 40–60 % de perte importante d'autonomie, essentiellement motrice.

(Chapitre 3 Item 124 – UE 5 – Ostéopathies fragilisantes).

Facteurs liés à l'environnement et au comportement de la personne âgée.

Configuration du domicile, luminosité, sols glissants, attitude de la personne âgée (oubli des lunettes, chaussures non adaptées...).

Les outils d'évaluation au risque de chute.

Timed up and go test

1 à 2 minutes / un chronomètre / 3 tests successifs, précédés d'un test d'apprentissage non comptabilisé. Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner, et revenir s'asseoir (avec ou sans aide de type canne).

Le déficit de mobilité commence au-delà de 20 secondes, il est important au-delà de 29 secondes (sensibilité : 87 %, spécificité : 87 %) (GREENE B et al. Quantitative falls risk assessment using the timed up and go test. IEEE Trans Biomed Eng, 2010 ; 57 : 2918-2926.).

L'appui monopodal

Considéré comme anormal si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes (sensibilité : 37 %, spécificité : 76 %).

Walking and talking test

les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention, comme réfléchir pour répondre à une question précise (sensibilité : 48 %, spécificité : 98 %).

Tinetti

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986 Feb;34(2):119-26. doi: 10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x.

En conclusion

L'évaluation posturale chez la personne âgée revêt un intérêt majeur pour prévenir les chutes, améliorer la fonctionnalité physique et promouvoir le bien-être global.

Une évaluation complète permet d'identifier les besoins spécifiques de chaque individu et de mettre en place des stratégies personnalisées pour maintenir une posture saine et une mobilité optimale à un âge avancé.



Mario Musolino
MKDE
Vincenzo Piazza
MKDE

CH Hautmont
<https://www.ch-hautmont.fr/>

RetEx



Au cœur d'un établissement Portraits, Parcours & Paroles

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

Parce que des images valent parfois mieux ou autant que discours ou des écrits, parce que les réseaux sociaux véhiculent parfois de vraies informations et des retours et partages d'expériences intéressants et importants, parce que le CNKS a plusieurs fois salué ses posts et que KINESCOPE avait déjà bénéficié d'un article de sa part en septembre 2023 à propos du dossier " Kinésithérapie salariée et gériatrie " ce numéro donne à nouveau la parole à **Eléonore DURAND ... à suivre sur LINKEDIN !**

Je trouve que la transmission est une part importante dans notre métier. En donnant des cours dans des écoles de soignants, de kinésithérapie mais aussi d'aides-soignants, j'ai souvent utilisé la vidéo comme support.

Plus parlant que de long discours, les étudiants sont plus sensibles à ces exemples. Je les utilise pour expliquer certaines particularités des pathologies gériatriques ou pour montrer des exercices complexes à expliquer oralement. J'ai donc pris l'habitude de filmer mes séances (avec l'autorisation des patients bien sûr)

Depuis longtemps j'utilise les réseaux sociaux dans ma vie personnelle, j'ai presque grandi avec !

Et il y a plus de 2 ans j'ai découvert LinkedIn, j'y ai vu une possibilité d'échanger avec différents professionnels ayant les mêmes centres d'intérêt ou non. Après une phase d'observation, j'ai commencé à poster pour y parler de la gériatrie, spécialité qui me passionne et qui est pour moi peu mise en valeur.

Loin de moi l'idée de devenir une influenceuse santé comme certains collègues bien connus des réseaux ! Et petit à petit j'ai posté des montages vidéos, prises durant mes séances. Il faut dire aussi que j'ai la chance d'avoir eu une formation « réseaux sociaux » avec mon entreprise.

Je travaille dans une clinique du groupe Filieris (privé à but non lucratif), entreprise très ouverte sur les nouveaux modes de communication, qui encourage et accompagne ses salariés à faire connaître nos métiers de santé.

Ainsi j'ai publié 3 vidéos sur la rétropulsion de la personne âgée, syndrome gériatrique de plus en plus retrouvé. Cette prise en charge est très spécifique, que ce soit pour la rééducation ou pour l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne. Souvent, les soignants se retrouvent en difficulté avec des risques de chutes importants pour les patients et des risques de TMS pour les soignants.

Parfois, par méconnaissance et par maladresse, les gestes censés aider vont être plus délétères (par exemple pousser dans le dos lorsqu'il y a une rétropulsion en position assise). Il est donc nécessaire de connaître les bons gestes, pour que chaque acte de la vie quotidienne aille dans le même sens et puisse stimuler dans le bon sens la reprise de la verticalité stable et sûre.

Car, je le dis souvent, la rééducation est importante mais elle n'est rien sans la stimulation des soignants durant les actes de la vie courante.

Retrouvez les vidéos d'Elodie sur LinkedIn :

https://www.linkedin.com/posts/%C3%A9l%C3%A9onore-durand-autonomie-raezaezducation-geriatrie-activity-7132475088842473473-dEKI?utm_source=share&utm_medium=member_desktop

https://www.linkedin.com/posts/%C3%A9l%C3%A9onore-durand-reeducation-geriatrie-autonomie-activity-7135006318901235713-kCTT?utm_source=share&utm_medium=member_desktop

https://www.linkedin.com/posts/%C3%A9l%C3%A9onore-durand-gaezriatrie-autonomie-teamfilieris-activity-7142844855403048960-F0y?utm_source=share&utm_medium=member_desktop

[_F0y?utm_source=share&utm_medium=member_desktop](https://www.linkedin.com/posts/%C3%A9l%C3%A9onore-durand-gaezriatrie-autonomie-teamfilieris-activity-7142844855403048960-F0y?utm_source=share&utm_medium=member_desktop)

ou sur Instagram (nom du compte : geria_team)



RetEx



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

**"Faire équipe
& être aux cotés ... patients "**

Réadaptation à l'effort des transplantés cardiaques : spécificités de prise en charge et place du Patient Expert au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

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

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

Les patients relevant de ces différentes mentions sont accueillis au sein de trois plateaux techniques spécialisés de kinésithérapie, dont un est entièrement consacré à la prise en charge de patients porteurs d'une pathologie cardiaque, opérée ou non. La réadaptation cardiaque est, à l'heure actuelle, une approche pluridisciplinaire des patients porteurs de pathologie cardiaque.

Si l'exercice physique proposé et adapté au patient reste un des piliers principaux de la prise en charge ; le concept de réadaptation cardiaque est également synonyme de prévention médicamenteuse, d'Education Thérapeutique du Patient, de sevrage tabagique, de suivi diététique, de gestion du stress et également d'accompagnement au retour à la vie professionnelle.

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

Une des spécificités de notre établissement est de recevoir parmi ce profil de patients des transplantés cardiaques, et de les accueillir dès que possible, après la phase de soins aigus.

L'hôpital Léon Bérard assure ainsi chaque année la prise en charge et la réadaptation à l'effort de quarante à soixante greffés cardiaques « de novo ». Nous travaillons en partenariat avec trois centres de greffe, situés à Marseille, Lyon et Montpellier.

Comme pour les autres pathologies cardiaques, la réadaptation du transplanté repose sur les 3 bases suivantes : titrage des traitements, réadaptation à l'exercice physique et ETP.

Toutefois, les multiples spécificités qui découlent de cette intervention chirurgicale nécessitent une prise en charge adaptée et personnalisée ; en lien avec les spécificités physiologiques associées à cette chirurgie, mais également l'histoire personnelle de chaque transplanté.

En effet, les patients qui répondent aux critères d'inscription sur liste de greffe présentent des parcours très hétérogènes. L'éventail des possibilités va d'une dégradation sur plusieurs années, voire dizaines d'années, d'une insuffisance cardiaque ou cardiopathie congénitale ; à une dégradation brutale et rapide motivant une greffe dans des délais très courts. Ainsi nous accompagnons en post opératoire des patients pour lesquels le projet de greffe a eu le temps d'être présenté, accepté, il est souvent même attendu après la phase plus ou moins longue de dégradation d'une insuffisance cardiaque. Une partie d'entre eux a vécu un quotidien avec défibrillateur implantable, et pour certains des mois de vie avec une assistance circulatoire (Heart Mate par exemple). Pour d'autres au contraire, le projet de greffe a été précipité en raison de l'état clinique du patient (post partum ou IDM massif par exemple).

Quelle que soit leur histoire, suite à l'intervention chirurgicale, les patients ont tous un parcours relativement similaire, réanimation puis dès que possible séjour en réadaptation cardiaque dans notre établissement.

A l'heure actuelle il existe très peu de données scientifiques concernant la réadaptation à l'effort des transplantés cardiaques. Cette maigre bibliographie s'explique du fait de cohortes peu significatives de patients pris en charge et de la disparité des profils. Lors de l'entrée en phase II, dite de réadaptation, on retrouve des patients très différents en termes d'autonomie, de capacités physiques et de contexte psycho-social.

Dès leur arrivée au sein de l'établissement, une équipe pluridisciplinaire va assurer la prise en charge ainsi que l'accompagnement du patient au cours de son séjour. Cardiologue, IDE, AS, kinésithérapeute, ergothérapeute et neuropsychologue interviennent auprès de cette patientèle.

Un Patient Expert (PE) complète cette équipe depuis septembre 2023. Diplômé d'une licence EAPA et recruté à l'issue d'une formation universitaire « formation Patients Experts Maladies Chroniques » délivrée par Aix-Marseille Université, il est connu depuis plusieurs années dans notre établissement. Et plus particulièrement de l'équipe pluridisciplinaire de réadaptation cardiaque du fait de l'histoire de sa maladie ; cardiopathie évolutive, insuffisance cardiaque et transplantation en décembre 2021.

Il fait partie intégrante de l'équipe, contractualisé et rémunéré. Il intervient au cours du bilan d'entrée du patient lors du test d'effort métabolique, et également tout au long du séjour en fonction des demandes et des besoins.

Au plan national, il n'existe pas à ce jour de définition de « Patient Expert ». Mais celle-ci semble faire consensus « le Patient-Expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état ».

Au cours du bilan d'entrée et tout au long du séjour du patient, les trois « aspects » de la réadaptation cardiaque sont balayés et adaptés aux particularités de la transplantation cardiaque : titrage des traitements, réadaptation à l'exercice physique et Education Thérapeutique du Patient.

L'ajustement des traitements et leur nature tiennent une place particulière dans la prise en charge des transplantés cardiaques. Le risque majeur de la première année post greffe demeure le rejet et l'infection. (*La lettre du cardiologue, Novembre 2018 Hékimian et Al*). Immunosuppresseurs, anti rejets, pour ne citer qu'eux, sont des traitements indispensables, mais également lourds de conséquences dans les effets secondaires et complications qu'ils peuvent entraîner (HTA, ostéoporose, insuffisance rénale, diabète). Les impacts sur le tissu musculaire sont également non négligeables, et viennent souvent s'ajouter en post greffe à la « myopathie » de l'insuffisance cardiaque. La réadaptation s'avère donc nécessaire pour la corriger. Dans ce contexte, et quand cela est réalisable, on note un intérêt significatif d'une réadaptation à l'effort en pré-transplantation.

En ce qui concerne la réadaptation à l'effort, chaque patient va effectuer, dès que ses capacités physiques le lui permettent, une épreuve d'effort métabolique communément appelée VO2 max.

Cet examen est primordial pour le patient comme pour les soignants. Il va permettre de faire une « photo » des capacités à l'effort du patient et ainsi de poser les bases du protocole de réadaptation personnalisé qui lui sera proposé. Mais il va également envoyer un signal fort aux patients particulièrement déconditionnés dont l'autonomie à la marche n'est pas encore totalement acquise.

La présence du Patient Expert lors de cet examen est propice aux premiers échanges entre pairs et est particulièrement rassurante pour le patient.

La capacité physique et plus particulièrement le pic de VO2 mesuré au cours de l'épreuve d'effort métabolique est une valeur prédictive reconnue ; c'est d'ailleurs un des critères de greffe cardiaque. Le pic de VO2 est, sauf rares exceptions, réduit chez le transplanté en moyenne de 40 à 50% par rapport au standard attendu. Cela s'explique par 2 mécanismes impactant les deux facteurs de la VO2, le débit cardiaque et la différence artério-veineuse.

- L'atteinte centrale, et spécifiquement la « dénervation » qui a un impact sur la fréquence cardiaque et la relaxation du ventricule gauche. Cette inadaptation de la FC, du fait de l'absence de régulation via le système nerveux autonome, a un impact direct sur le débit cardiaque et donc la capacité à l'effort.
- L'atteinte périphérique (vaisseaux, fonctions endothéliale, qualité des fibres musculaires) est majorée par les traitements médicamenteux nécessaires. On retrouve une diminution de la masse musculaire associée à celle des fibres de type I et donc de la capacité oxydative. Ces mécanismes limitent la capacité d'extraction et de consommation de l'oxygène par les muscles et limitent donc la différence artério-veineuse.

Test de marche de 6 minutes et montée d'escaliers viennent compléter ce bilan si le patient est en mesure de les réaliser.

En fonction des différents profils de patients, un programme de réadaptation personnalisé est alors proposé en fonction de leur capacité fonctionnelle, de leur autonomie mais également de leur fragilité. Les prises en charge peuvent alors balayer un large éventail, du travail de l'autonomie et des transferts jusqu'au réentraînement classique en aérobie et en résistance dynamique.

Le temps cumulé des séances quotidiennes peut varier d'une heure à trois heures en fonction des capacités fonctionnelles de chaque patient. La durée moyenne de séjour est très aléatoire du fait de la disparité des profils patients, avec un minimum, non compressible, de quatre semaines.



Le réentraînement à l'effort des patients transplantés, du fait de la dénervation du myocarde, présente quelques spécificités dans l'adaptation et la surveillance de ce dernier. Le profil d'adaptation de la fréquence cardiaque à l'effort est non conventionnel du fait de l'absence de balance ortho/parasympathique.

Il n'y a donc plus de frein vagal ni de stimulation sympathique, en revanche on retrouve une dépendance aux catécholamines. En pratique ces patients un présentent une fréquence cardiaque de repos élevée qui ne s'adapte pas ou peu à l'effort.

Le résultat de VO₂ et le ressenti du patient (mesuré via l'échelle de BORG) sont donc les indicateurs majeurs du suivi et de l'ajustement des protocoles de réentraînement.

Concrètement, les effets du réentraînement à l'effort sont démontrés en termes d'amélioration et d'optimisation du système périphérique.

Au cours de la première année, l'atteinte centrale et donc la fonction cardiaque pure ne présente pas d'amélioration significative (pas de changement du débit cardiaque ni de la FC de repos). La « ré-innervation » reste à l'heure actuelle très discutée et non démontrée.



Les adaptations musculaires périphériques sont donc les principales explications qui justifient l'amélioration du pic de VO₂, (Nytroen et al, American journal of transplantation, 2012).

D'autres facteurs peuvent également influencer de manière positive ou négative sur le pronostic : l'âge du transplanté, l'âge du donneur, la compatibilité du donneur, l'état de déconditionnement pré greffe, les comorbidités, l'hygiène de vie, le contexte psychologique et contexte socio-économique du patient.

Enfin, le dernier « pilier » de la réadaptation cardiaque, le volet Education Thérapeutique du Patient prend tout son sens dans l'accompagnement du parcours de ces patients.

La prise en charge globale que nous proposons aux patients s'appuie sur deux types d'expertise. Les fondements théoriques nécessitent l'expertise médicale et paramédicale ; tandis que le quotidien, les questionnements pratiques du patient font appel à l'expertise du vécu du Patient Expert.

On retrouve les thématiques récurrentes de l'ETP. Ateliers au sujet des traitements médicaux, et notamment la gestion du risque des immuno suppresseurs, conseils d'hygiène de vie (exposition au soleil, tabagisme), hygiène diététique (interaction médicamenteuse) et recommandation d'activité physique.

On dit volontiers que l'ETP est un espace permettant de créer une relation égalitaire entre soignant et soigné, l'un étant dans une posture empathique, l'autre maîtrisant un certain nombre de connaissances. Mais si la forme de cette relation semble en partie égalitaire, le fond reste profondément asymétrique. « Le patient a un travail de deuil à faire pour restaurer l'image de soi...il a à gérer l'angoisse de l'évolution de la maladie avec le risque de rechute, de complications » (Grimaldi, 2010).

La présence, l'écoute et l'expérience du Patient Expert sont des atouts majeurs lors de ces temps d'échanges, formels ou informels. Ce savoir pratique, complémentaire au savoir médical/paramédical contribue à l'amélioration de la vie quotidienne avec la maladie.

« C'est une forme de connaissance qui permet des solutions pragmatiques...car au fond, tous les jours de sa vie, il a à gérer sa maladie et à s'adapter aux limites qu'elle lui impose » (Buisson, 2016). L'accompagnement psychologique est systématiquement proposé, parfois nécessaire.

Les questions et inquiétudes autour de la greffe cardiaque sont nombreuses et souvent verbalisées par les patients de manière très hétérogène. Les interrogations en lien avec les traitements médicaux et leurs effets secondaires sont récurrents. Mais il est également question des représentations propre à chacun du « Cœur », de prendre conscience que ce nouveau cœur est le sien, et qu'il a appartenu à un Autre...

Jusqu'où pouvons-nous avancer notre légitime expertise de soignants et répondre aux patients au sujet de ressentis, d'incertitudes, et de douleurs que nous n'avons, nous même, pas éprouvés ? Dans ces situations, quelle est la posture, ou imposture, à adopter ?

Afin d'accueillir ces interrogations et d'accompagner au mieux les patients, des groupes de paroles sont organisés avec une co-animation Patient Expert et psychologue. Ces groupes sont ouverts aux conjoints ou famille.

C'est en ce sens que nous entendons l'intégration du Patient Expert au sein de notre équipe, mis en capacité d'être un soutien actif pour ses pairs.

Dans cette conception, le patient « expert pour les autres », se départit de sa propre subjectivité et de son histoire personnelle pour être susceptible d'aider les autres à résoudre leurs problèmes particuliers.

Cette notion d'expertise patient est relativement récente puisque c'est dans les années 1980/1990 que des groupes tels que les Alcooliques Anonymes ou encore ceux qui se sont construits en lien avec la découverte du Sida ont contribué à l'émergence des « organisations de malades ». A cette époque, dans un système de santé au fonctionnement paternaliste, la voix et la mobilisation des patients s'est véritablement accrue. Ils ont ainsi commencé à intervenir dans des décisions les concernant et ont bousculé un schéma unidirectionnel du système de santé.

Toutefois, la dénomination Patient Expert est toute récente puisqu'il faudra attendre la loi Kouchner de 2002 puis la loi HPST de 2009 pour que les droits des patients soient étendus et leur voix mieux prise en compte.

A l'heure actuelle, ces « patients experts » doivent donc suivre une formation afin d'acquérir des bases scientifiques minimales, et surtout développer des savoirs faire en communication et médiation. La finalité étant une montée en compétences en matière de pédagogie, d'Education Thérapeutique ou encore de psychologie. Cette formation leur permet également de consolider les connaissances au sujet de leur pathologie.

Il existe actuellement plusieurs types de formations. Certaines sont dispensées par des associations de patients (Fédération Française des Diabétiques, Association France Rein...) et d'autres par des universités (Paris, Grenoble, Nice et Aix Marseille). Ces dernières sont plus complètes et sont les seules qui permettent l'obtention de certificats ou de diplômes universitaires.

Cependant, si la France dispose d'un cadre législatif qui favorise la place des patients et des usagers dans le système de santé, il reste encore du chemin à parcourir en regard de questions telles que l'uniformisation de la formation, mais également du statut et des possibilités de professionnalisation de ces nouveaux acteurs.

La réadaptation du transplanté cardiaque est indispensable. Malgré une maigre bibliographie sur le sujet, chaque étude met en avant les mêmes effets bénéfiques ; amélioration du pic de VO₂, de la qualité de vie et diminution des ré-hospitalisations.

La réadaptation cardiaque de ce profil de patients nécessite une attention toute particulière sur la personnalisation des programmes proposés. Pour la majeure partie elle doit être pensée sur le long terme sans oublier les nombreux obstacles possibles notamment au cours de la première année.

La présence d'un Patient Expert au sein de notre équipe pluridisciplinaire est un signe de la transformation de notre rapport à l'Expertise et plus particulièrement au sens que nous lui attribuons. Pour le corps médical/paramédical, cette expertise se situe au niveau des connaissances et des soins ; pour le patient, il est plus du registre du « vivre avec ». La conjugaison de ces deux points de vue fait l'objet de retours particulièrement positifs de la part des patients depuis sa mise en place.

Servane PRIEU
Cadre de santé Masseur-Kinésithérapeute

Bibliographie :

- Nytroen et al, World journal of transplantation 2013 / La lettre du cardiologue, Novembre 2018 Hékimian et Al. /
Nytroen et al, American journal of transplantation, 2012 Christensen et al Journal of Heart and lung Transplantation, 2022 /
Buisson, A. (2016). De patient à expert. Hegel, 1, 54-56. <https://doi.org/10.3917/heg.061.0054>
Grimaldi, A. (2010) Les différents habits de l'« expert profane ». Les Tribunes de la santé, 27, 91-100. <https://doi.org/10.3917/seve.027.0091>

Témoignage

Ces quatre premiers mois m'ont permis d'avoir une meilleure vision de la place que je dois occuper en tant que patient expert. Témoigner mais aussi animer, guider, rassurer et soutenir d'autres patients plus « jeunes » dans la maladie...

J'ai pris conscience de l'étendue du savoir que j'ai acquis tout au long de mon parcours, sa diversité ainsi que son utilité.

Connaitre par cœur les couloirs d'un hôpital, le fonctionnement d'un service, comment se doucher avec un Heart Mate, les ressentis dans l'attente d'une greffe ou encore les effets secondaires du traitement post-greffe... Tout ce qui peut aider et/ou rassurer un patient qui découvre sa maladie a son importance, son utilité...

J'ai la chance de participer à la mise en application de la démocratie en santé. La dimension psychosociale et l'importance des compétences associées se révèlent essentielles, notamment en termes de communication :

Pratiquer l'écoute active, être attentif au langage verbal et non verbal, avoir de l'empathie, être bienveillant... C'est pour moi le point de départ incontournable pour réussir à améliorer le bien-être des patients.

Je le constate dans la totalité des ateliers auxquels je participe. Il est facile de voir la satisfaction des participants à l'issue des séances ou des échanges, plaisir qu'ils n'hésitaient pas à communiquer, que ce soit par des mots ou par des gestes : remerciements, sourires, poignées de mains...

Tenir compte de la personne, lui donner de l'importance, faire en sorte d'adapter ses réponses en fonction d'une situation donnée, travailler collectivement constituent des principes auxquels j'adhère pleinement.

La perspective de pouvoir utiliser mon expérience de longue maladie est une grande satisfaction. La rendre profitable constitue pour moi l'atteinte d'un objectif poursuivi et espéré depuis plusieurs années. Pouvoir redonner ce qui m'a été offert, transformer la maladie en atout pour aider les autres, c'est un accomplissement et le début d'un nouveau défi.

Pour obtenir la certification de Patient Expert j'ai envoyé mon CV et une lettre de motivation à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé - FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES Aix Marseille. Sur 50 candidatures pour la session 2023 nous sommes 15 à avoir été retenus.

La formation est de 60 heures de cours réparties sur 6 mois (2 jours de présentiel par mois). Un stage de 12 heures doit être réalisé au sein d'un établissement proposant si possible de l'Education Thérapeutique (ETP) : Association, hôpital, centre de rééducation, etc.

A l'issue de ma formation, j'ai été évalué à travers un rapport de stage et une présentation orale articulée autour de 6 diaporamas.

Cette formation est très axée sur les compétences psychosociales dont il est nécessaire d'avoir les bases. La notion de démocratie en santé et la communication sont au cœur de l'enseignement proposé. L'obtention de cette certification permet l'accès à la formation du Diplôme Universitaire qui constitue mon prochain objectif.

Alexis LAURENT
Patient Expert

RECRUTEMENT MASSEUR KINESITHERAPEUTE

Contact: Servane PRIEU
HYERES – VAR (83)
s.prieu@leonberard.com
04 94 38 00 29

Poste MK temps plein
CDI /CDD long

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

PT Réhabilitation Neuro-
locomoteur/ brûlés

Hospitalisation
Complète
Hospitalisation de jour

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

Plateau Technique spécialisé:

Locomoteur

Brûlés



RetEx



Au cœur d'un établissement
Portraits, Parcours & Paroles

**" Faire équipe
& être aux cotés ... des étudiants stagiaires "**

Stage de kinésithérapie en milieu hospitalier, le point de vue de l'étudiant...

La prise en charge des étudiants en kinésithérapie au sein d'une structure hospitalière est une démarche qui présente de nombreux intérêts. Le premier est, bien évidemment, celui de la professionnalisation des étudiants, étape cruciale du processus d'apprentissage par mise en situation. Les professionnels qui accompagnent les étudiants sont eux aussi valorisés par les missions de formation et de transmission de savoirs qui s'y rapportent. Outre ces aspects, l'attractivité est aussi un pendant non négligeable de l'accueil des stagiaires, et représente une source potentielle de recrutement et la diffusion d'une image positive pour le service et l'établissement.

Dans cet article, je vous propose d'explorer le processus d'accueil et de gestion des stages, du point de vue de l'étudiant, afin de profiter de ce pouvoir expérientiel au bénéfice de l'amélioration du processus.



Le service ...

Le service de Médecine Physique et Rééducation fonctionnelle (MPR) du CHU d'Angers est un service transversal, où l'absence de lits d'hospitalisation est une spécificité qui laisse place à des interventions sur tous les secteurs de médecine chirurgie obstétrique (MCO), service de médecine et réadaptation (SMR), ainsi qu'en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes / unités de soins longue durée (EHPAD, USLD), unité sanitaire en milieu pénitencier (USMP).

Sur prescription et pour répondre aux besoins rééducatifs des patients hospitalisés et des résidents le service MPR est doté d'une équipe composée de masseurs-kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, d'enseignants en activité physique adaptée et de pédicures-podologues.

Les stages ...

Le service fait le choix de proposer plusieurs places qui correspondent à plusieurs parcours pour chaque période de stage.

L'accueil des étudiants rééducateurs fait l'objet d'une mise à jour régulière. Un groupe de travail est constitué par métier afin d'améliorer l'organisation et la gestion des étudiants, avec des propositions issues des retours des professionnels des équipes mais aussi des étudiants.

Le CHU d'Angers attire les étudiants kinésithérapeutes pour ses spécificités de prise en soins aigus : soins critiques, secteur cardio-respiratoire, neurologie, chirurgie... qui sont peu retrouvés dans les autres structures, ou mode d'exercice, recevant des stagiaires. Baptiste, étudiant en quatrième année à l'IFM3R de Nantes, stagiaire au service MPR du CHU d'Angers en fin d'année 2023 nous raconte son début d'expérience de stage.

Ce stage dit de clinicat (4^e année), est pour Baptiste une immersion complète dans le monde de la kinésithérapie salariée hospitalière. Il a choisi de s'inscrire dans un parcours de stage en secteur de réanimation chirurgicale, unité de soin continu post-chirurgicale et post-réanimation, chirurgie viscérale et hépato-gastro-entérologie (HGE) et soins intensifs d'HGE.

Accueil et premiers pas

Le premier jour est marqué par le processus d'accueil, qui s'il est anticipé en amont du stage permet de faciliter les premiers pas accompagnés du stagiaire :

" Le contact préalable avec le cadre de rééducation m'a offert des repères précieux, facilitant ma familiarisation avec l'institution. Se perdre dans les couloirs labyrinthiques du CHU a été une introduction amusante et révélatrice de l'ampleur de la structure ".

" Mon stage débute par un temps d'accueil, qui, bien que semblant basique, m'a paru par la suite indispensable. Cet accueil s'est composé de plusieurs étapes. Dans un premier temps, j'ai rencontré le cadre du service de Rééducation afin d'échanger sur les perspectives globales du stage.

Ensuite, j'ai été reçu par ma tutrice et par une professionnelle de proximité qui sera ma référente pour le déroulé du stage. Au cours de ce temps, nous avons abordé et formalisé l'organisation et les modalités pratiques, les horaires, mes objectifs du stage, planifié des mises en situation professionnelle (MSP), les bilans intermédiaires, le remplissage du portfolio, et enfin la présentation des services dans lesquels j'allais pouvoir évoluer.

Des documents m'ont été remis afin de me permettre de me repérer au sein de l'équipe, notamment avec les numéros de téléphone nécessaires.

Nous avons également discuté de mes appétences et souhaits pour ce stage au-delà des objectifs, car au sein du CHU, nous avons la possibilité entre autres, d'assister à des opérations chirurgicales et des consultations d'expertises... ".

Les premiers jours sont marqués par la mise en place d'outils et de formalités diverses chronophages, pas toujours effectives dans les temps et peu valorisantes pour les professionnels et l'encadrement.

Cependant, la dépendance de ces éléments pour la fluidité du stage souligne l'importance cruciale de ces actions.

" J'ai été accompagné pour récupérer quelques éléments administratifs pratiques : une carte permettant un accès informatique et donc aux dossiers des services et des patients (CPS) et une carte pour le self. Il est à noter que les repas sont pris en charge par le CHU d'Angers, ce qui constitue une chance ".

" Se repérer pour pouvoir avancer, c'est ma devise de ce 1^{er} jour ".

En immersion ...

" Retenir les codes, les lieux, les noms... J'ai réussi à me perdre plus d'une fois dans ces longs couloirs malgré la signalétique. Je pensais avoir un peu de sens de l'orientation...".

Baptiste, comme tout étudiant, est rapidement plongé au sein de l'équipe et en immersion complète dans les services. Des consultations aux recommandations et conseils prodigués aux patients, ces premiers pas sont riches en expériences variées.

" Après avoir rencontré l'équipe des MK, j'ai pu pratiquer dès le premier jour, j'ai eu la possibilité d'assister à des consultations kinésithérapiques préopératoires de chirurgie viscérale, prodiguer des conseils à certains patients... Une journée très riche déjà pour ce premier jour....

A l'issue de cette première journée je ressens le besoin de revenir sur certains cours pour bien appréhender certaines pathologies et certains procédés opératoires. Je me rends compte de l'importance de la répétition dans l'apprentissage voire de l'autoapprentissage et du lien entre la pratique et la théorie ".

Une immersion complète ou la théorie et les connaissances apprises à l'école sont nécessitées

Le quotidien du stagiaire ...

Baptiste partage son quotidien, ses activités, ses rencontres, ses premières observations cliniques, et son ressenti :

" J'ai été sollicité pour réaliser un bilan de la fonction musculaire pour un patient en réanimation, j'ai pris conscience que malgré ma connaissance théorique du bilan musculaire j'ai été mis en difficulté par l'environnement de la chambre de réanimation. C'est vraiment différent que dans les bouquins. Cela m'amène à dire que c'est une adaptation au quotidien.

Comment faire avec toutes ces alimentations, ces fils, ces perfusions, ses scopes pour pouvoir mettre en évidence une fonction motrice alors que le patient n'a pas la capacité de se déplacer et que nos prises « académiques » ne sont pas toujours possibles. Aller à l'essentiel, répéter, imager sont des moyens importants pour s'adapter ; j'ai l'impression qu'il va falloir que j'y travaille durant ma première période de stage ".

" J'ai aussi eu la chance de pouvoir faire des points avec l'une des professionnelles sur des concepts et connaissances théoriques dans le domaine de la kinésithérapie respiratoire. Nous avons notamment abordé la ventilation non invasive. C'est un moment qui permet d'apprendre d'une autre manière : la reformulation et le questionnement sont utilisés.

C'est un exercice qui permet de savoir si j'arrive à mobiliser mes connaissances en reformulant des notions abordées préalablement en cours. Ce n'est pas une évaluation mais cela permet de se jauger. Je retiens que parfois un schéma est aussi bien percutant que de longues explications ".

" Durant ce stage j'ai aussi la possibilité d'avancer et poursuivre mon travail de mémoire. Une demi-journée par semaine est aménagée pour poursuivre le travail de mon mémoire et pour la recherche bibliographique..."

Des actes mais pas que...

" Quotidiennement, l'activité consiste aussi à consulter les dossiers des patients, établir le planning de la journée. Cela se fait en fonction des prescriptions du jour, des kinés présents, des sorties de patients et de l'organisation des services. J'arrive à naviguer sur le serveur, il est

assez intuitif. C'est un temps calme, de lecture et d'organisation. Une sorte de rituel intégré dans la journée..."

Transmettre...

" J'ai été amené à compléter et écrire dans les dossiers des patients.

L'objectif est de transmettre les informations pertinentes à la suite de l'intervention kinésithérapique.

Cette étape d'écriture est une façon de synthétiser sa réflexion, son raisonnement et légitimer son action.

J'ai donc écrit des observations, préparer des courriers de suivi et de sortie ".

Cet exercice simple et rapide, en apparence seulement, représente une partie importante de l'activité.

Il est indispensable que les étudiants y participent pour prendre conscience de son importance.

De la spécificité

du masseur kinésithérapeute...

Ce stage a plongé Baptiste au cœur d'un service de réanimation, mettant en lumière les défis particuliers spécifiques aux besoins kinésithérapiques des patients hospitalisés dans ce secteur.

" Dans le service de réanimation, il nous a été prescrit de faire une extubation chez une patiente qui ne sera pas réintubée par la suite, c'est-à-dire que l'on extube le patient dans les meilleures conditions possibles dans le cadre d'une limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA).

C'est la première fois que je vois cet acte, j'observe et repère les différents professionnels de santé présents : interne, aide-soignante, infirmier, et kinésithérapeute, je constate que chacun connaît son rôle et que chaque personne sait ce qu'il a à faire.

L'intervention demande application et coordination. Une surveillance rapprochée est nécessaire après ce type d'acte. Nous observons la saturation et sommes en alerte de chaque signe non habituel. La patiente présente des difficultés pour déglutir, tousser et parler et nous ne retrouvons pas une capacité franche de ces fonctions après l'extubation ".

" Ici, c'est la réanimation et c'est presque la normalité... ".

Les actes kinés doivent s'associer et se coordonner dans une vision globale du patient où la balance bénéfice-risque est régulièrement considérée.

Pluridisciplinarité...

" Déjà une semaine... je commence à avoir quelques habitudes, les lieux me paraissent aussi plus familiers.

Les kinésithérapeutes échangent régulièrement avec les différents professionnels des équipes de soins.

J'ai pu m'entretenir avec l'interne d'un service pour orienter et avancer sur un bilan et un courrier de sortie d'un patient.

Je consulte également les informations à disposition sur le dossier de soins informatisé (DSI), pose des questions... Je constate que la communication orale reste très importante dans les métiers du soin et surtout lorsque l'on intègre une nouvelle équipe. Se présenter, dire son prénom et sa fonction est une habitude des professionnels de santé. Ce fonctionnement semble être le gage d'une bonne communication et de bonnes relations au sein des services. En tant qu'étudiant-stagiaire, il n'est pas toujours évident de prendre la parole sans connaître, et c'est un exercice en soi. Il faut sortir de sa timidité et aller vers les patients et les professionnels. Ça vient sans doute avec l'expérience. Plus facile à dire qu'à faire parfois... Au fil des jours, on apprend à se saisir des informations importantes, à demander de l'aide lorsque c'est nécessaire. L'IDE, l'AS, le médecin, un collègue, sont autant de ressources qui rendent notre soin efficient ".

De l'apprentissage à l'autonomie ...

Une seconde étape du stage s'amorce où l'autonomie du stagiaire notamment en quatrième année prend tout son sens.

" J'ai pu voir certains patients seul au bout d'une semaine. Je peux le dire, c'étaient des patients " plutôt faciles ", mais quand même, ce n'est plus la même chose que d'être à deux, il faut faire le bilan afin de prévoir et d'objectiver mon soin.

De plus cela nécessite que le professionnel kinésithérapeute ose laisser la main, et fasse confiance sans surveillance directe. Evidemment, il y a un feedback a posteriori et la possibilité de l'appeler si besoin ".

Il est bien entendu que cette mise en situation professionnelle est réalisée de façon graduelle, et progressive, à partir de cas cliniques simples et pour une partie seulement de la prise en soin jusqu'à la prise en charge complète de patients complexes.

" C'est aussi le moment où j'ai pris conscience de ma future prise de poste, dans quelques mois. C'est excitant et déstabilisant à la fois car je me dis que je ne sais pas encore tout, que je n'ai pas assez d'expérience, que je ne suis pas assez bien formé dans certains domaines. Le principal est de rester logique, il faut se dire qu'il faut bien débiter à un moment, que l'on va apprendre en commettant des erreurs. L'idée est d'en faire le moins possible et que cela soit formateur ".

C'est avec attention que les référents de stage observent l'évolution des étudiants en lien avec leurs maîtrises progressives des compétences cliniques ou bien les axes d'amélioration à envisager. Pour les professionnels il n'est pas toujours aisé de guider, sans être présent, d'aider, sans faire pour... Il s'agit d'un véritable travail qui nécessite des compétences pédagogiques et la motivation de la transmission du savoir-faire.

Le stage est bien souvent le déclic pour l'étudiant d'un parcours professionnel, confortant son choix initial ou bien suggérant pour lui de nouvelles perspectives.

L'équipe ...

" Je vais vous décrire une situation concernant une réunion d'équipe qui s'est déroulée pendant mon stage. Je n'ai pas assisté à cette réunion mais je voulais évoquer ma perception et les retours des professionnels kinésithérapeutes avec qui j'ai pu en échanger.

L'objectif de cette réunion était la réorganisation et le déploiement des kinésithérapeutes à la suite du départ de l'un d'entre eux. Le principe est d'éviter l'absence de réponse kinésithérapique dans certains services, cela nécessite une certaine priorisation. On est déjà sur un flux tendu au sein de l'équipe, tous les postes de kinésithérapeutes ne sont pas pourvus et j'ai pu constater que certains services n'étaient pas dotés de suffisamment de temps par manque de professionnels.

Pour permettre autant que possible la continuité de l'activité de kinésithérapie, il y a une organisation en interne, qui semble bien fonctionner pour l'instant. L'équipe détient une certaine responsabilité et celle-ci est appliquée grâce à un réel travail d'équipe. Le travail au sein de la fonction publique demande certaines exigences dont la continuité des soins fait partie ".

Un réel travail d'équipe

Il est important que les étudiants prennent au plus tôt la mesure de la continuité des soins. Le travail d'équipe, la cohésion sont des valeurs fondamentales de la kinésithérapie salariée.

L'équipe, encore...

" Nous sommes partis manger dans un autre service. C'était l'occasion de rencontrer d'autres collègues. C'est un moment d'échange au sein de l'équipe pour discuter des problématiques de service, des mails, des réunions et des projets. C'est aussi un moment pour se voir tout simplement. Le CHU est tellement grand, qu'il est difficile de rencontrer et d'échanger avec tout le monde. Ce temps informel accentue la qualité de vie au travail ".

« On vient manger dans ton service »

On ne peut que se réjouir de telles initiatives qui contribuent positivement à la cohésion et aux liens au sein de l'équipe.

Formation...

" Dans le cadre de mon stage à l'hôpital, je souhaite également évoquer les présentations ou « topos » d'équipe. C'est un temps de formation et de veille professionnelle interne au service. Ils sont effectués par un étudiant ou bien par un professionnel de l'équipe. Le concept est d'apporter des connaissances et informations sur un sujet spécifique.

Cela peut être une présentation dans le cadre d'un retour de formation.

En ce qui me concerne, je présenterai l'avancée de mon travail de mémoire de fin d'étude. Concrètement, il s'agit d'une formalité durant la période de stage de chaque étudiant. Après avoir choisi son sujet, l'étudiant réalise des recherches bibliographiques pour préparer le sujet. L'ensemble de l'équipe est invité à y assister. Cela est très formateur car il faut nécessairement synthétiser son propos, savoir le présenter, écouter les critiques et savoir répondre aux questions de professionnels experts et ceux qui sont plus éloignés. C'est un moment propice pour se questionner, revoir la littérature, interroger les pratiques et constituer un savoir commun au sein de l'équipe. C'est une valeur importante de l'exercice salarié de la kinésithérapie ".

« Nous ne travaillons pas seul »

Les formations, initiale et continue ont en commun cette culture du partage et de l'apprentissage. L'étudiant, tout comme le professionnel a tout à gagner dans cette démarche proactive de partage de connaissances. Regards croisés... une expérience de stage enrichissante pour tous.

L'expérience de Baptiste, au sein du service (MPR) du CHU d'Angers, nous offre un regard précieux sur l'accueil des stagiaires.

Son court récit met en lumière les principaux points dont il faut tenir compte pour l'accueil des stagiaires.

Il nous permet également de prendre conscience que ces mêmes éléments constituent les besoins, les valeurs et les activités de tout professionnel hospitalier.

L'accueil, se révèle être un pilier fondamental, tant pour le stagiaire lui-même que pour l'équipe. Il en est de même pour le professionnel qui intègre l'établissement ou un nouveau service.

En quête de professionnalisme, de compétences, de techniques, le stagiaire évolue et s'autonomise à l'instar des professionnels qui l'accompagnent.

Le travail d'équipe, sa cohésion, la force du collectif est une découverte pour l'étudiant qui prend la mesure de l'opportunité de l'exercice. Pour le professionnel, c'est LA valeur qui donne du sens à sa pratique et favorise la réponse aux enjeux liés à la continuité des soins notamment.

La formation sous toutes ses formes s'avère une nécessité pour l'apprenti, comme pour le confirmé, qui construit et adapte sa pratique aux évolutions continues.

L'ouverture d'esprit et la remise en question de la pratique, découverts par l'étudiant deviennent la pierre angulaire des compétences et savoir-faire des professionnels.

La recherche fait partie intégrante de cette quête de perfectionnement, constituant le socle sur lequel repose l'innovation et l'avancement des connaissances dans le domaine de la kinésithérapie.

En conclusion, l'accueil des stagiaires en kinésithérapie à l'hôpital, tel que vécu par Baptiste, témoigne d'une démarche proactive visant la professionnalisation des étudiants, la valorisation des professionnels, et le renforcement de la qualité des soins. Ce processus contribue à la formation de futurs masseurs-kinésithérapeutes compétents, prêts à relever les défis complexes du milieu hospitalier.

Nicolas BESNARD,
Kinésithérapeute,
Cadre de Rééducation,
service de MPR CHU Angers

&

Baptiste QUERTIER,
étudiant en 4^e année,
IFM3R de Saint Sébastien/Loire.

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

RetEx



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

Véronique NEFF, MKDE référente
Véronique SESE, CDS MKDE

**" Faire équipe
& être aux cotés ... des étudiants stagiaires "**

Accueil et accompagnement des étudiants stagiaires MKs au sein de la Clinique Pierre de Soleil, SMR privé à but lucratif

Située dans le département de Haute-Savoie, à Vétraz-Monthoux, à proximité de Genève, la Clinique Pierre de Soleil prend en charge des patients sur deux modalités (Hospitalisation Complète et Hospitalisation De Jour) et dans quatre mentions différentes (locomoteur, neurologie, respiratoire, polyvalent).

L'équipe de rééducation pluridisciplinaire est composée de 41 postes équivalent temps plein. Le plateau de la rééducation est distribué sur les trois étages de la clinique sur plus de 1000 m².



Je gère en tant que cadre de santé toute cette petite « fourmilière », avec une MKDE référente qui entre autre me remplace quand je suis absente.

Des étudiants de toutes les professions de la rééducation sont accueillis au sein des différents plateaux de la rééducation, sans aucun institut de formation prioritaire, n'en ayant aucun à proximité.

Le nombre de ces étudiants est défini par la taille de l'équipe. En effet, dans l'équipe des cinq APAs, je n'accueille que trois stagiaires en parallèle. Pour l'équipe des 19 MKDE, sept étudiants ont déjà été formés simultanément.





Parmi tous ces étudiants, certains viennent même de pays européens. Afin de valider leur venue en stage, je dois au préalable contrôler que leur convention répond aux attentes de ma direction sur des points importants comme :

- Temps de présence en stage de huit semaines maximum,
- Pas de rémunération,
- Protection pour les accidents de travail et de trajet pris en charge par l'institut de formation ou une assurance personnelle. Rien ne doit être à notre charge.

Concernant les étudiants masso-kinésithérapeutes étrangers, je dois m'assurer que les écoles ou instituts de formation fassent partie de la liste autorisée par le CNOMK pour réaliser des stages sur notre territoire. Je dois donc par exemple souvent refuser des demandes de stage de nos voisins suisses dont l'école LUDES n'est pas autorisée par le CDOMK.

Bien que notre établissement soit accueillant et bienveillant avec tous les stagiaires, il n'a malheureusement pas de solution de logement sur le site mais les repas durant leur temps de présence en stage sont pris en charge.

Travaillant très souvent en binôme avec ma référente, nous avons, avec l'équipe, au vu du nombre de professions accueillant des stagiaires, rédigé un livret d'accueil commun à tous.

Celui-ci est composé d'une présentation générale de la clinique avec l'organigramme, puis d'une partie sur le déroulé du stage avec leur intégration et l'organisation de la prise en charge d'un patient (planification des RDV des patients, traçabilité des dossiers...) et pour finir les fondamentaux comme le secret professionnel, la bientraitance et les bonnes pratiques

Comment se passe l'accueil d'un stagiaire ?

- En amont, j'échange par mail avec tous les stagiaires afin de valider leur convention en leur précisant que s'ils ne sont pas de la région, ils doivent trouver une solution pour se loger.
- Après contrôle de la convention, celle-ci est signée par la direction et pour répondre à la demande de certains instituts, un tuteur est désigné.
- Puis arrive la date de début de stage ; les stagiaires sont convoqués à 9 heures soit 30 minutes après l'arrivée des rééducateurs afin de me laisser le temps de gérer les absences ou problèmes du jour. Cet accueil débute par le versant logistique : fourniture de tenues jetables journalières et attribution de leur casier, découverte des locaux (salle à manger, bureaux et plateaux techniques...)
- Arrive ensuite le temps d'échange sur les attendus de stage. Les demandes étant différentes d'un institut à l'autre et selon le niveau d'étude du stagiaire.

Dans chaque corps professionnel, plusieurs mises en situation seront réalisées durant le temps de stage.

Mon expérience de formatrice, toujours en activité en IFMK, m'a permis de construire le parcours des MSC pour les étudiants kinésithérapeutes.

- Ensuite vient le temps de présentation avec le tuteur.
- Et les voilà, sur le terrain !!!

Quel est l'accompagnement mis en place pour ces étudiants MK ?

Avec ma référente, nous avons instauré un groupe de travail afin que les différents tuteurs parlent le même langage. Il a fallu pour cela définir les termes utilisés dans les différents portfolios.

Il a été mis en lien différents exemples pratiques pour chaque compétence selon le niveau d'étude.

Un parcours de stage a aussi été organisé afin de permettre à chacun, selon son niveau d'étude, une rencontre bénéfique, constructive, et opérationnelle avec le terrain :

- Sur le versant technique : le parcours repose sur la spécificité du service dans lequel sera accueilli le stagiaire ; ce choix se faisant en amont par échange de mail en fonction du champs de compétences à valider. Il peut malheureusement m'arriver de refuser des stages si trop de demandes se font sur le même service.
- Pour observer la dynamique d'équipe : participer aux synthèses, pouvoir suivre les prises en charge pluridisciplinaires des patients..., permet aux stagiaires d'appréhender le travail d'équipe mis en place au sein d'un établissement de santé. Cet accompagnement pourra influencer le projet professionnel des étudiants par la connaissance de l'exercice salarial.
- Pour connaître les aspects sociologiques des établissements sanitaires.

C'est une découverte pour eux d'appréhender l'écologie du système. L'évaluation des pratiques professionnelles, les patients traceurs, ..., sont des éléments périphériques inconnus pour eux d'une très grande importance permettant l'amélioration des pratiques professionnelles.

La Clinique Pierre de Soleil est ouverte depuis avril 2014. Je suis en poste depuis mai 2017 et nous accueillons des stagiaires depuis l'année scolaire 2017-2018.

Depuis 2022, d'anciens stagiaires ont rejoint l'équipe en CDI ou en tant que remplaçant.

La boucle d'apprentissage s'est refermée et c'est une belle boucle : les tuteurs deviennent des collègues et les jeunes après avoir appris de leurs tuteurs, partagent avec leurs pairs leurs pratiques.

Pour terminer, je tiens à remercier tous les tuteurs qui prennent de leur temps pour transmettre leurs savoir-être et leurs savoir-faire et qui s'investissent au quotidien auprès de la nouvelle génération pour en faire des professionnels accomplis.

LIVRET D'ACCUEIL STAGIAIRE SERVICE REEDUCATION

Pierre
de Soleil

Clinique de Soins de Suite et Réadaptation



Impasse Henri Becquerel
74100 VETRAZ-MONTHOUX
Tél. 04.50.84.56.00
<http://www.orpesa.com/clinique-pierre-de-soleil>

Kaleïdo_{scope}



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.*



AUTOMATISER LA LOGISTIQUE HOSPITALIERE ? OUI MAIS POURQUOI ?

C'est la question que posent les auteurs - l'ANAP et le RESAH - de cet ouvrage qui rapporte 15 expériences intéressantes à consulter par tout hospitalier...intéressé de "l'écologie" de son exercice quel qu'en soit le domaine. Le "pour ... quoi" serait aussi intéressant à renseigner.



Le CNKS qui, depuis plusieurs années, incite les MKs salariés à cette attention sur l'environnement de leurs pratiques professionnelles se devait de signaler cette édition...

Dans cet ouvrage les auteurs traitent de robots mobiles autonomes et robots en préparation pharmacie, prévention des TMS grâce aux exosquelettes, drones en logistique transports... Cette publication, co-réalisée avec le Resah, décrypte 15 innovations concrètes et répliquables pour automatiser la logistique hospitalière :

- **IoT et IA** > piloter les flux
- **Manutention** > faire cohabiter les robots mobiles autonomes et les systèmes de transport automatisés
- **Drone** > tout comprendre pour se lancer
- **Véhicule autoguidé** > optimiser les transports lourds
- **Transstockeurs** > gérer en temps réel l'approvisionnement des blocs opératoire
- **Armoire connectée** > sécuriser la traçabilité des DMI
- **Entrepôt automatisé** > approvisionner les produits d'une structure HAD

- **RFID** > Automatiser et optimiser les stocks et la mise à jour des étiquettes article
- **Vestiaires automatisés** > gagner de la place
- **Robots de dispensation** > automatiser la distribution des médicaments
- **Robots de préparation** > sécuriser et automatiser la préparation des chimiothérapies
- **Réalité augmentée** > sécuriser et tracer la préparation médicamenteuse
- **Robots de conditionnement** > automatiser l'emballage des préparations en restauration
- **Roue motorisée plug and play** > perfectionner les chariots de manutention
- **Exosquelette** > éviter troubles musculo-squelettiques

Dans cet ouvrage les auteurs les auteurs interrogent avec justesse :

" Quels sont les avantages d'un déploiement de solution innovante en logistique hospitalière ? Comment évaluer l'apport d'un projet et faire le bon choix ? " **et indiquent avec la même justesse que** " La réflexion porte souvent sur un équilibre entre des critères qualitatifs (sécurité, qualité de vie au travail...) et une logique financière (retour sur investissement). S'il est facile de mesurer les dépenses, cette check-list 360° permet de percevoir les gains : bénéfices RH, amélioration du service rendu aux patients, impact environnemental...

Un document qui trace des perspectives et démonstrations pour penser et construire une assistance par robotisation/automatisation du travail des soignants ; dans le but d'améliorer la sécurité des différents aspects de la prise en charge des patients ainsi que la qualité de vie au travail. Et possiblement, y entrevoir une meilleure empreinte carbone, mais également un gain de temps précieux à (re)consacrer aux patients et plus largement aux relations humaines.

Ils proposent en guise de conclusion :

Fermons les yeux et téléportons-nous à l'hôpital... en 2035.

Une conclusion prospective dont un des paragraphes indique "vers une automatisation des derniers mètres : soutenir le travail des soignants sans les remplacer ...qui s'achève par " Désormais, plus personne ne s'étonne de l'utilisation d'exosquelettes par le personnel. Infirmiers et aides-soignants, ambulanciers et brancardiers ont appris à les revêtir en cas de besoin pour déplacer ou soulever sans efforts matériels et personnes".

Domage d'oublier tous les autres acteurs paramédicaux, médicotecniques et rééducateurs, soumis aux mêmes types de contraintes ainsi que les personnels des services techniques.

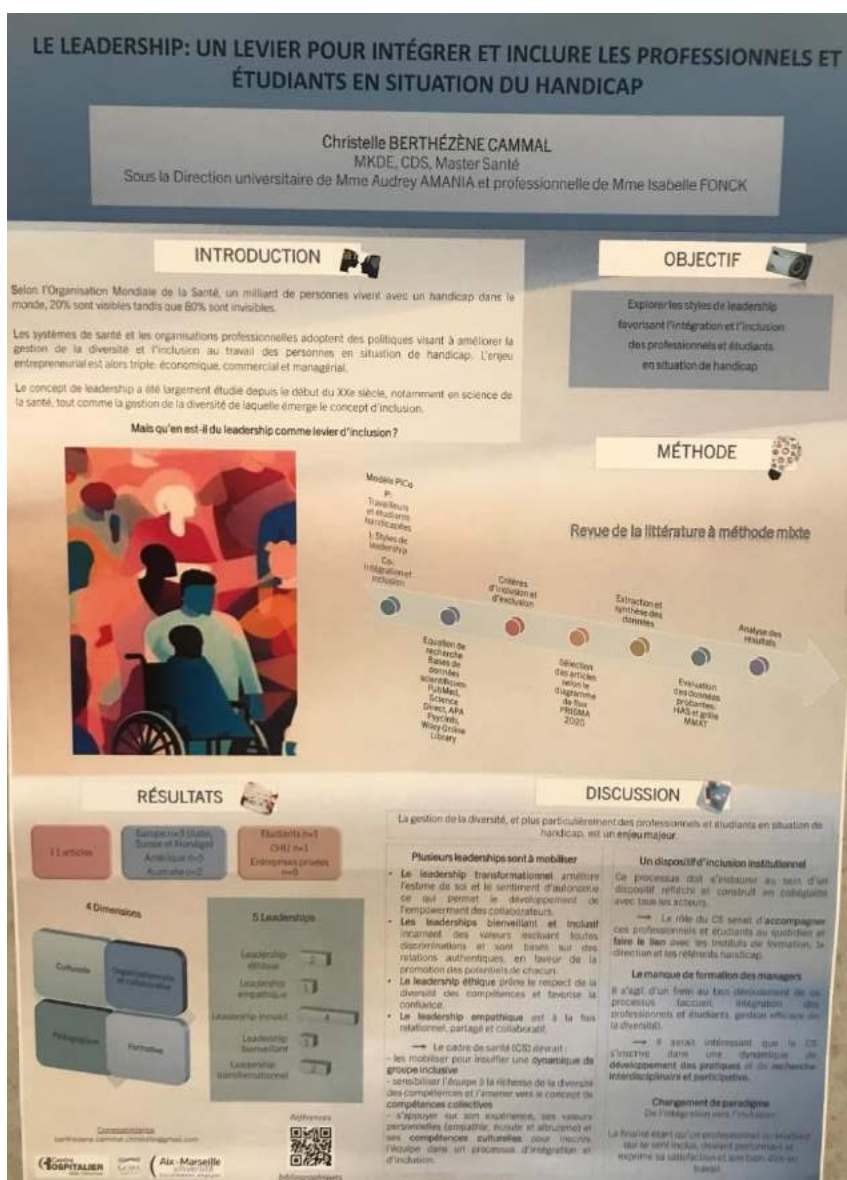
En souhaitant que ROBOTS ET AUTOMATES embarquent aussi, plus encore que constaté à ce jour, les professionnels MKs, leurs encadrements, et ceux qui y contribuent, vers la READAPTATION.

KINESCOPE vous en recommande la lecture ... télécharger le pdf :

<https://anap.fr/s/article/robots-et-automates-embarquez-vers-la-logistique-de-demain>

L'inclusion des professionnels et étudiants en situation de handicap

Notre collègue Christelle Berthezene avait évoqué ce sujet dans un précédent KINESCOPE, en avait parlé aux JNKS et a réalisé un poster présenté au congrès de l'ANCIM.



Dans le cadre de son mémoire d'études de cadre de santé, Christelle Berthezene, cadre de santé au CH d'ALES, a fait le choix d'une revue de la littérature explorant les styles de leadership favorisant l'intégration et l'inclusion des professionnels et des étudiants en situation de handicap.

Cette étude démontre que pour promouvoir une culture inclusive, il est nécessaire qu'un dispositif institutionnel soit formalisé au sein duquel les intervenants sont clairement identifiés et impliqués.

Plusieurs leaderships mobilisés permettront d'insuffler une dynamique de groupe inclusive.

Pour qu'un professionnel ou étudiant se sente intégré et inclus, devienne performant et exprime sa satisfaction et son bien-être au travail l'encadrement doit accompagner individuellement et quotidiennement ces néo-acteurs et s'inscrire dans une démarche d'amélioration des pratiques.

➤ INFORMATIONS

qui intéressent (in) directement les kinésithérapeutes ... salariés et cadres de santé.

Nouvelles dispositions réglementaires dans la FPH :

- 1) Création d'une indemnité de maître de stage (apprentissage) : 70 € brut
cf. Décret no 2023-1223 du 20 décembre 2023
- 2) attribution, à tous les agents, de 5 de points d'indice majoré supplémentaires : environ 25 € brut/mois.
- 3) augmentation des indemnités pour le travail les dimanches et les jours fériés : de 45€ à 60€
- 4) majoration de 25% du traitement pour le travail de nuit

Décret n° 2023-1223 du 20 décembre 2023 portant création d'une allocation forfaitaire mensuelle attribuée aux maîtres d'apprentissage de la fonction publique hospitalière

NOR : SPRH2330042D

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2023/12/20/SPRH2330042D/jo/texte>

Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2023/12/20/2023-1223/jo/texte>

[JORF n°0295 du 21 décembre 2023](#)

" Impliquer pour fidéliser.

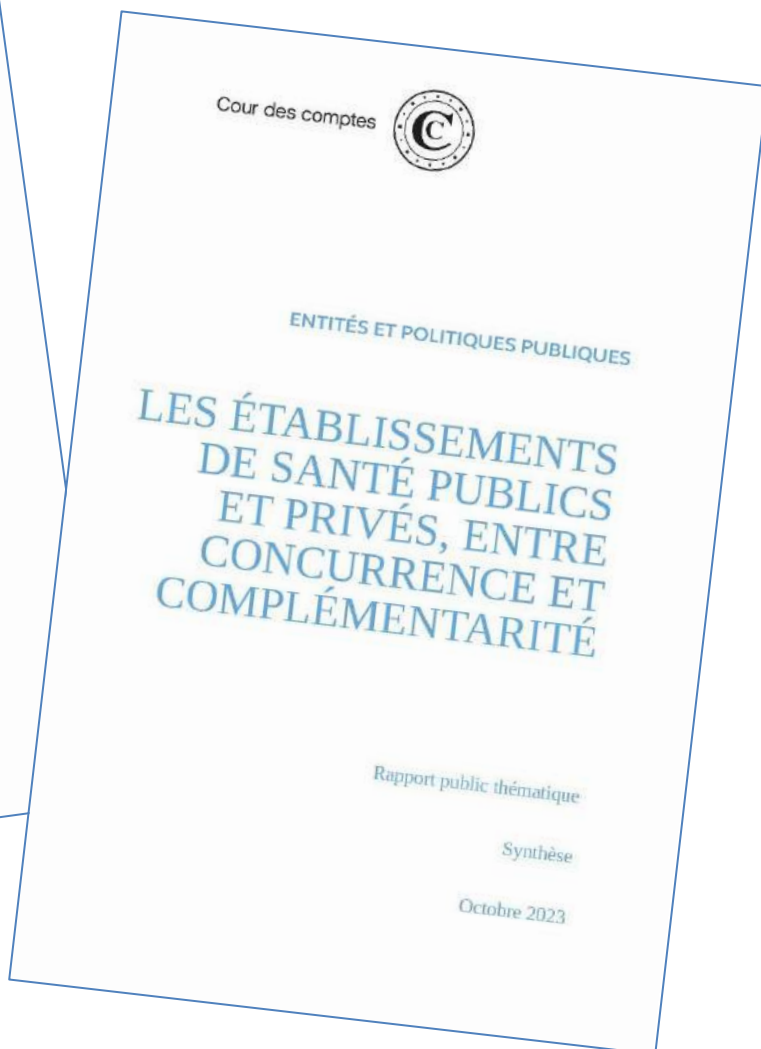
Une politique d'attractivité conçue par et pour les professionnels "

est le titre de l'article paru dans la Revue Hospitalière de France de novembre décembre 2023 à la signature de Guillaume Couvreur, Directeur des ressources humaines, directeur référent du pôle chirurgie, centre hospitalier de Roubaix. Par une dynamique participative à tous niveaux " le recrutement a triplé " indique-t-il entre autres.

Pour en savoir plus : <https://ow.ly/kBVn50QlrFL>



Version complète
131 pages très intéressantes



Version synthèse
19 pages déjà très éclairantes

Le rapport public thématique de la cour des comptes
à retrouver sur le site de la Cour des comptes

<https://www.gwant.com/?client=brz-moz&q=les+etablissements+de+sant%C3%A9+publics+et+priv%C3%A9s+cour+des+comptes&t=web>

A SIGNALER

La loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, portée par le député Frédéric Valletoux, a été publiée au Journal officiel du 28 décembre 2023.

Parmi ses principales dispositions, on peut noter :

- Un droit d'option permettant aux groupements hospitaliers de territoire d'être dotés de la personnalité morale, sous réserve de l'avis favorable de l'ensemble des conseils de surveillance, lorsque l'ensemble des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire fusionnent ou lorsque les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire créent un GCS ad hoc. Par ailleurs, un établissement partie à la convention d'un groupement hospitalier de territoire peut demander à rejoindre la convention d'un autre groupement existant
- Un contrat de gouvernance est élaboré par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement
- Une restriction de l'intérim en début de carrière pour les professionnels en établissement de santé et médico-sociaux, en laboratoires de biologie médicale, et en établissements accompagnant des enfants en situation de handicap
- Une nouvelle procédure d'autorisation provisoire d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne n'ayant pas encore réussi les épreuves de vérification des connaissances
- Une refonte de la responsabilité collective de la permanence des soins repose en premier lieu sur les établissements de santé. Le directeur de l'ARS aura la responsabilité d'assurer une organisation qui respecte les principes de qualité et de sécurité des soins

A SIGNALER AUSSI :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_precaire_troubles_psy_fiche_synthese_recommandations_2024-01-17_15-52-40_880.pdf

**" Faire équipe & être aux cotés "...
...des patients, des aidants et des familles
...& de tous les professionnels de santé & de la santé**



A LA RECHERCHE

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

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

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.

C'est-à-dire autant nos confrères que d'autres professions de rééducation, mais aussi infirmiers, médicotechniques, 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.

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 les n° 27 et 28 de KINESCOPE 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). Dans ce n° 29 nous publions la réflexion conjointe ainsi que son nouveau post sur linkedin.

Care's time, Care's space , & Care's energy

le bon moment, le bon lieu, le bon soin ... le bon temps, le bon espace, la bonne pratique

Ratios, dimensionnements et prévisions d'effectifs, organisations et planifications, analyse de(s) charge(s) de travail, ... semblent au travers de discours et d'articles dans toutes sortes de revues du monde de la santé être les solutions alpha et oméga de la résolution de l'incapacité constatée - très vite qualifiée de "désert médical" ou de "pénurie" - de répondre aux besoins en termes de prise en soins.

Nul ne peut contester ces appréhensions ainsi qualifiées lors des ras le bol, burn out et autres démissions, de "perte de sens" et les réalités qui les fondent. Une fois posées, exprimées sont elles écoutées mais surtout sont-elles réellement entendues. Une fois exprimées, sont-elles au final la préoccupation des professionnels pour les patients ou visent-elles d'autres enjeux socio-professionnels ?

La réflexion initiale de CARE'S TIME est la création d'un dénominateur commun entre le professionnel et le patient : le temps. Ce temps qui s'organise dans un espace et nécessite une ressource de type « effectif soignant » pour exister. De fait, tous les maux cités précédemment ne sont-ils pas que l'expression de l'incapacité à déterminer le temps dont le professionnel et le patient ont besoin pour exister un temps ensemble.

Nul ne saurait, face " à ces maux ", se contenter d'une cause unique tant les causes sont multifactorielles : les départs massifs en retraite entre 2015 et 2020, l'appétence à un équilibre vie pro- vie personnelle des nouvelles générations, la quasi absence de revalorisation des rémunérations durant des années, l'excès exponentiel dans le même temps des contraintes administratives à réaliser dans le même temps contraint à effectifs constants dans le meilleur des cas et donc souvent au détriment du temps de soin,

Et ce n'est certainement pas uniquement en appliquant des "ratios" (tout juste appropriés aux mécanisations tayloriennes) et des méthodes de planifications sur tableur excel ou via une IA, que l'on réglera - de façon concomitante car tellement liés - ces délicats sujets du "temps de travail" et de la "fidélisation" des professionnels de santé. Ce qu'il nous faut régler en premier lieu, c'est le temps de travail comme fondement du temps du soin.

Le premier sujet, celui du temps de travail qui pour les paramédicaux s'entend entre autres d'un temps du soin de qualité, d'efficacité et de sécurité, nécessite que l'analyse des différents temps constitutifs du temps global d'activité (tous utiles, nécessaires et indispensables) soit réellement pensée et prise en compte (la somme des parties ne faisant pas la somme du tout comme chacun le sait).

Le deuxième sujet, celui de la fidélisation, nécessite quant à lui que l'on imagine pas la seule QVCT au demeurant importante à développer, ou des stratégies de "rétention" comme déterminants efficaces à ré-enchanter le "sens" au travail et le goût de la carrière. Ce n'est pas non plus le seul dépassement des règles statutaires, notamment par l'emploi contractuel qui permet au mieux des améliorations substantielles de la rémunération. Ce que semblent attendre les professionnels, anciens et néos, c'est de la souplesse et de la diversification de carrière c'est-à-dire une ou des possibilité(s) de projets, de challenge. Mais au-delà de la carrière il ne faudrait pas oublier que le temps de travail de la profession et du métier choisi a pour finalité première le temps du soin.

Alors que des instances tutélaires, administratives et politiques, s'emparent du sujet il paraît important de rappeler que dimensionner des effectifs serait une démarche partielle si elle se limitait à la seule prise en compte - certes essentielle - de la dimension centrale " temps du soin " ; ce temps du soin est catalysé et catalyseur, dépendant et interdépendant, de deux autres dimensions trop souvent négligées " l'espace du soin " et de " l'énergie du soin " autrement dit de la prise en compte de l'environnement (architectures, logistiques, déplacementsmais aussi des types de pathologies, de leur stade, des populations...). Ce sont toutes ces dimensions qui peuvent permettre l'approche ETP/ETN, maquettes, ratios, et autre indicateurs 24/24 et 365/365. L'adage " le bon soignant, au bon endroit au bon moment " est indissociable. Ceci sous-entend que ce qui s'avère indispensable c'est un outil adaptable aux situations (saisonnalités par exemple, situations exceptionnelles ...) et générateur d'organisations adaptées aux bénéficiaires comme aux dispensateurs (soignants, médicotecniques et rééducateurs) de prises en soins.

Un sujet qui sera abordé aux JNKS NANTES 2024 !

*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, 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 KINESCOPE 27 et dans KINESCOPE 28, il a à nouveau accepté à notre demande la diffusion dans ce numéro 29 de KINESCOPE d'un post sur LINKEDIN du 11 01 2024 qui selon le CNKS mérite toute l'attention des kinésithérapeutes salariés.

*A noter dès à présent la participation de Guillaume Rousson
aux JNKS 2024 au CHU de NANTES lors une session dédiée
" Pratiques Professionnelles ... évolutions des dispositifs
à l'aune de la santé des soignants & de l'expérience patient*



“On recueille l’#ExpériencePatient, on l’analyse pour que in fine les établissements de santé mettent en place des actions pour améliorer le vécu et la qualité des soins”
catherine chayenko cerisey

Voilà comment il est possible de décrire en 1 phrase l’outil numérique #Verbatim·Care, qu’utilisent actuellement près de 300 professionnels de santé et de la qualité ainsi que des représentants des usagers, dans plus de 40 établissements de santé en #France et en #Belgique.

Mais celle qui est la mieux placée pour vous expliquer ce que #Verbatim·Care permet concrètement c’est Nathalie BASS-HAGENMULLER, Directrice Recherche Clinique, de la Qualité, des Risques et des Relations avec les Usagers à l’Institut Mutualiste Montsouris, établissement client d’EntendsMoi depuis plus d’1 an :

“Récupérer immédiatement les #verbatim et les commentaires des patients en hospitalisation traditionnelle et en ambulatoire donc avoir une vision globale du séjour des patients et par service.”

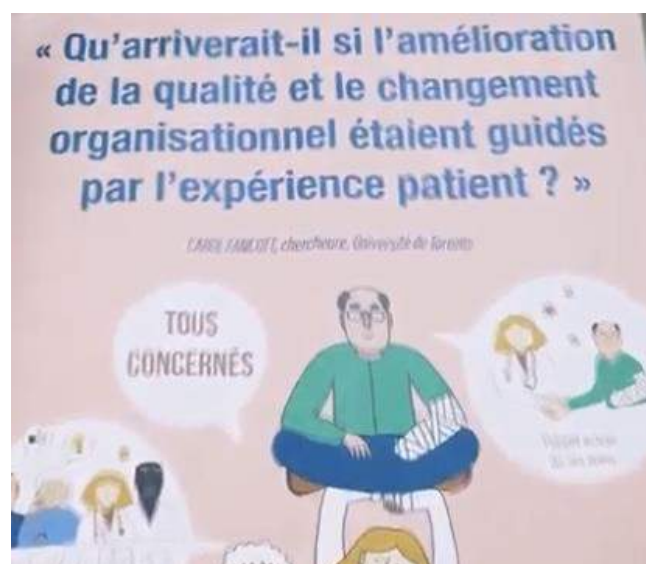
☺ Et quel est l’impact de #Verbatim·Care ?

“On peut mettre en place de manière très facile et très agile avec les professionnels et sur l’ensemble des services des plans d’améliorations de la qualité, qui vont répondre aux attentes des patients que l’on prend en charge.”

Pour en savoir plus, regardez la vidéo réalisée pour la remise du prix “Espoirs du Soins” par AGIPI et contactez-nous

Retrouvez la vidéo :

<https://vimeo.com/891411369/8d99d6fe01?share=copy>





Pour poursuivre cette rubrique "faire équipe et être aux côtés ... des patients" KINESCOPE a souhaité publier, avec l'aimable autorisation de l'auteur Nicolas PISITORIO, le texte de son post [Linkedin](#) 13.01.2024.

EXPERIENCE PATIENT : quand "prise en charge" devient "prise en soins"

De quoi parle ton ici, quelle est l'origine de l'expérience patient, comment procéder pour que cette expérience soit "positive" ? Les acteurs de la santé préfèrent de plus en plus le terme "prise en soins" à celui de "prise en charge". La personne accueillie au sein d'un établissement n'est pas seulement un patient qui est une "charge", c'est un être à part entière qui est temporairement dans un statut par lequel nous sommes tous passé ou nous passerons un jour : un-e patient-e.

Les acteurs de la santé préfèrent de plus en plus le terme "prise en soins" à celui de "prise en charge". La personne accueillie dans un établissement est bien plus qu'un simple patient considéré comme une "charge". Il s'agit d'une personne à part entière, qui se trouve, pour un temps, dans une situation que nous avons tous connue ou connaissons : celle de patient.

Les acteurs de la santé préfèrent de plus en plus le terme "prise en soins" à celui de "prise en charge". La personne accueillie dans un établissement est bien plus qu'un simple patient considéré comme une "charge". Il s'agit d'une personne à part entière, qui se trouve, pour un temps, dans une situation que nous avons tous connue ou connaissons : celle de patient.

Un peu d'histoire

L'approche du "Care" (ou "prendre soin") arrive des pays Scandinaves et Nord-américains.

En 2010, le "Beryl Institute", institut américain pour l'amélioration de l'expérience patient a proposé le concept d'expérience patient à travers la définition de référence de l'expérience patient : c'est l'ensemble des interactions des patients et ses proches avec une organisation de santé, susceptible d'influencer leur perception tout au long de leur parcours de santé.

Ces interactions sont façonnées par la politique conduite par l'établissement, par l'histoire et la culture de chacun des patients accueillis. C'est également l'expertise de la maladie, par les connaissances et les savoirs issus de l'expérience des patients.

De nombreuses associations ont vu le jour et certaines proposent d'excellentes ressources pour avancer dans le bon sens, par exemple Shared Patient eXperience (SPX) qui est une association sans but lucratif, dont les objectifs sont de percevoir l'expérience patient sous toutes ses formes, l'améliorer et la partager avec le plus grand nombre de professionnels et d'institutions. Motiver les institutions de santé à inclure l'expérience patient dans toutes réflexions stratégiques et dans le management de proximité.

Du point de vue du patient, 5 critères principaux définissent une expérience positive :

1) accueillir

Se sentir bienvenu(e), à travers un accueil chaleureux, des informations utiles et précises

2) apaiser

Se sentir apaisé(e), via une prise en soin permettant à la personne accueillie de se focaliser sur son besoin de santé.

3) rassurer

Se sentir rassuré, au sein d'un flux d'informations efficaces avant, pendant et après sa visite.

4) prendre en compte

Lors de l'ensemble des contacts avec les différents acteurs du parcours, être valorisé et pris en compte dans ses besoins.

5) connecter

Être connecté (app, portail web) pour communiquer avec l'ensemble des acteurs de sa prise en soin : équipes médico-soignantes, administratives, les différents services, ses proches.

Expérience patient = expérience des professionnels

L'expérience des patients est intrinsèquement liée à la qualité de vie et aux conditions de travail des professionnels de santé. Cette relation a été explorée par l'Institut français de l'expérience patient (IFEP) sous l'appellation de "symétrie des attentions ©"

Le document " Expérience patient et qualité de vie et conditions de travail : quelles synergies possibles ? " explore cette relation profonde entre l'expérience patient et la qualité de vie et conditions de travail (QVCT) des professionnels de santé.

L'IFEP souligne que l'expérience patient est améliorée lorsque les professionnels sont heureux dans leur environnement de travail. Cela est dû au principe de la "symétrie des attentions", qui postule que la qualité de la relation entre une institution de santé et ses patients est symétrique à celle entre l'institution en question et ses collaborateurs.

Le document détaille les conditions dans lesquelles les professionnels de santé travaillent. Ce qui influence leur capacité à agir et leur perception de la qualité de vie au travail.

L'IFEP montre que 91% des professionnels de santé ressentent un sentiment d'utilité et 80% de fierté pour leur travail, mais souligne aussi le stress lié au manque de ressources, aux sur-sollicitations, et aux tensions professionnelles.

Quelques actions concrètes pour améliorer l'expérience patient et la QVCT des professionnels :

1. L'amélioration de l'organisation des temps de travail
2. L'amélioration de la communication interne
3. La valorisation du travail et favoriser la reconnaissance des professionnels.

Attention : différencier amélioration de la satisfaction et amélioration de l'expérience

Il faut également faire attention à ne pas confondre : la démarche qualité et l'expérience patient en tant que telle.

Côté établissement : la démarche qualité & satisfaction consiste, entre autres, à demander son avis aux patients sur les sujets définis par l'établissement.

Pour les patients : l'expérience patient part de leur vécu, de celui de la famille, des accompagnants, selon leurs attentes, leurs objectifs et besoins.

Nicolas Pistorio,
Expert E-santé

A LIRE

CNOM RAPPORT PATIENT PARTENAIRE DEC 2023



https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1k5eyzv/cnom_rapport_corap_-_patient_partenaire.pdf

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)*



31^{ème} congrès de l' ANCIM (Association Nationale des Cadres de santé (Infirmiers, médicotechniques et Rééducateurs)

L'interprofessionnalité du métier de manager : un pouvoir agir collectif par et pour l'autonomie responsabilité. Ce sont 7 membres du Conseil d'administration du CNKS qui participaient à cet événement annuel et y représentaient les kinésithérapeutes et cadres kinésithérapeutes salariés. Deux très belles journées, avec des thèmes passionnants, auxquelles plus de 500 cadres de santé ont participé.

Entre autres l'annonce d'une mise en œuvre prochaine du "Manipulateur radio en PA" par Philippe Charpentier de la DGOS (Direction Générale de l'offre de soins du ministère de la santé). L'occasion pour les responsables du Bureau National du CNKS de faire savoir à ce dernier, en marge des séances, que ces avancées en silo sont délétères, et que les kinésithérapeutes salariés expriment depuis longtemps une forte attente de reconnaissance "d'expertises" acquises au-delà du diplôme d'état et qui pourraient, y compris en interprofessionnel, s'inscrire parfaitement dans le process de la loi Touraine.



Olivier Saltarelli, Yves Cottret, Christelle Berthezene, Aurélien Auger, Pauline Wild, Anne Sophie Desprès et Pierre Henri Haller

Parce que

- notre beau métier nous expose, en milieu " hospitalier " , aux situations stressantes, épuisantes ...
- lors des JNKS 2023 un 1^{er} partenariat a trouvé plein écho des MKs Salariés
- il est nécessaire d'affirmer et d'afficher tout soutien aux démarches visant à préserver la santé des soignants



KINESCOPE vous informe que

" pour faire équipe et être aux cotés de ..."

le CNKS rejoint en 2024 l'association SPS

N'hésitez pas à utiliser, en tant que de besoin, le numéro vert
et à spécifier votre statut de MK salarié

**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**

Un dispositif de

 **association
SPS**
Soins aux Professionnels de la Santé

En partenariat avec

cnks



Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

L'autre voie
de participation *

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

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

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

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

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

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

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

L'autre voix
d'information

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

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

JNKS NANTES 2024

**Remerciements
à nos partenaires de précédentes éditions.**

**Remerciements à
AXOMOVE, GMF, KOP, MACSF,
MySMARTPHONE, THERA TRAINER, SPS,
de soutenir d'ores et déjà l'édition 2024.**



Mesure du mouvement en temps réel, en embarqué.



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.



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
mysmartmove.fr



THERA-Trainer France est une entreprise qui propose des solutions innovantes pour la rééducation de la marche, la mobilisation et la mobilisation précoce. Nous améliorons la qualité de vie des patients en leur offrant des technologies avancées, pour une récupération plus rapide et plus efficace. Avec une équipe dévouée et une gamme de produits de qualité, nous sommes fiers de jouer un rôle actif dans le domaine de la mobilisation. Nous proposons des dispositifs et solutions pour toutes les phases de la rééducation et partageons avec vous les dernières découvertes scientifiques dans le quotidien thérapeutique.

THERA-TRAINER
LIFE IN MOTION
tél : 03 91 89 73 06
mail : secretariat@thera-trainer.fr

Nouveau ! THERA-Trainer senso

Le **THERA-Trainer senso** améliore l'activité cognitivo-motrice : Performances cognitives (concentration, attention, actions orientées vers un but et coordination, par exemple). Compétences motrices (force, endurance, équilibre, contrôle postural, temps de réaction et vitesse de marche, par exemple)



THERA-Trainer coro



THERA-Trainer balo



THERA-Trainer verto

Appareils modulaires de verticalisation

Verticalisation précoce et entraînement de l'équilibre dynamique et sécurisé. Avec un maximum de liberté et un minimum de risques. Cela crée les conditions nécessaires de l'indépendance, de la participation active et de la qualité de vie.

La gamme Standing & Balancing comprend : le THERA-Trainer balo, le THERA-Trainer coro et le THERA-Trainer verto

Logiciels thérapeutiques

THERA-soft est un logiciel de thérapie et de documentation spécialement conçu pour les dispositifs THERA-Trainer de la gamme Cycling et Standing. En fonction du contexte de traitement et de l'objectif thérapeutique, l'association du logiciel THERA-soft et d'un dispositif THERA-Trainer offre une variété de tâches d'exercices et un affichage du biofeedback qui favorise la rééducation des facultés motrices et motive les patients à faire l'exercice avec plaisir. La base de données patients intégrée permet de conserver les séances de patients.



Robot effecteur à la marche

THERA-Trainer lyra est un robot de rééducation de la marche à effecteur pour le mouvement des membres inférieurs.

Ce dispositif est destiné à la rééducation de la marche avec délestage de poids chez les patients à mobilité réduite. La réduction de la mobilité du patient peut être le résultat d'atteintes cérébrales, spinales ou neurologiques. Un dispositif indispensable pour la plasticité neuronale.

Entraîneurs thérapeutiques motorisés

Ils permettent d'effectuer une activité physique dans toutes les conditions et en parfaite sécurité, ils sont particulièrement adaptés aux personnes à mobilité réduite et tout spécialement aux fauteuils roulants. Avec les entraîneurs, vous avez la possibilité de faire des mouvements motorisés (passifs), assistifs ou actifs (avec votre propre force musculaire) avec un seul appareil.

La gamme Cycling comprend : le THERA-Trainer tigo, le THERA-Trainer mobi et le THERA-Trainer bemo.



THERA-Trainer tigo



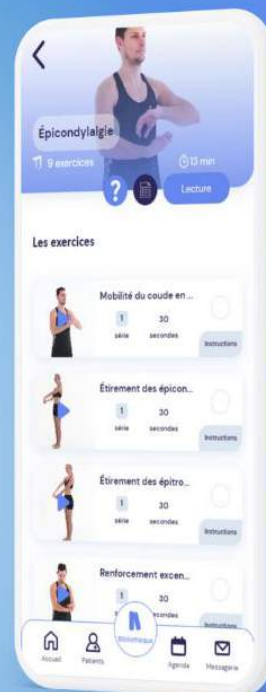
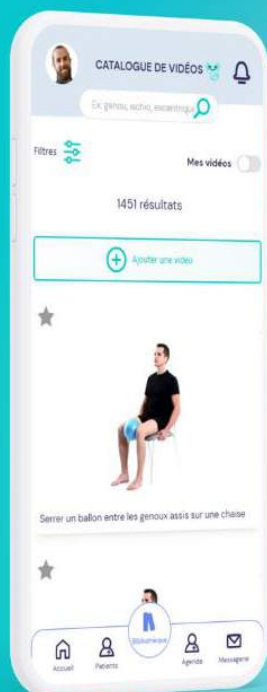
THERA-Trainer mobi



THERA-Trainer bemo



L'assistant numérique du kiné



+ 1000 vidéos
d'exercices sur un large
spectre de pathologie



Poursuite du suivi
patient avec monitoring
et suivi d'activité



Auto- rééducation
pour autonomiser
le patient



Découvrez notre livre blanc pour améliorer l'observance patient

Toutes nos stratégies et outils pour booster
l'observance aux traitements de rééducation !

https://www.axomove.com/livre-blanc-observance-patient?utm_campaign=Livre%20blanc%20Axomove&utm_source=Publi%20kinescope

