

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

n° 34

nov. 2024



Des JNKS 2024 vers les JNKS 2025



Du CNKS à l'Association CNKS

l'engagement associatif réaffirmé
pour promouvoir la kinésithérapie salariée
pour accompagner et représenter les kinésithérapeutes et cadres salariés

A retrouver au sommaire

- Kinésithérapie salariée - expert judiciaire
- Kinésithérapie en psychiatrie
- Une nouvelle Loi pour la Kinésithérapie ?

cnks

  
Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

SOMMAIRE

PERISCOPE	L'édito du Président Pierre Henri Haller	p.03 & 04
TELESCOPE / Les mots des maux	L'Ellipse de Justin Pertinent	p.05 & 18
RETROSCOPE SPECIAL RETOUR SUR LES JNKS 2004 NANTES « FAIRE EQUIPE ... »		p.19 à 55
• Résumés des interventions par sessions / Prix de Posters		
• Partenariat CNKS – SFP / Témoignages		
• 1 ^{ère} annonce JNKS HYERES 2025		p.56 à 58
• Annonce des JFK		p.59 à 61
RETROSCOPE		p.62 à 73
• Portrait & Parcours : MK salarié ...expert Noémie Labre		p.63 & 64
• Portraits & Parcours : Kinésithérapie en milieu psychiatrique Magali Faroult & Mickael Masson		p.65 à 73
L'ESSENTIEL READAPTATION & RECHERCHE		p.74
• Représentations et environnement de formation au cœur du choix du mode d'exercice Marie Garcia		p.75 à 79
L'ESSENTIEL ROBOTIQUE NUMERIQUE IA & INNOVATION		p.80 à 87
• 2 ^{ème} rendez vous de l'innovation paramédicale		
KALEIDOSCOPE Actualités professionnelles & du monde de la santé		p.88
Démographie professionnelle, rapports DGAFP et DRESS		p.89 à 93
L'ESSENTIEL EXERCICE SALARIE		p.98 à 108
Une nouvelle Loi pour la kinésithérapie		p.100 à 1003
Effectifs et ratios		p.104 à 108
ASSOCOPE La vie de l'Association		p.109 à 113
STKS visio MK salarié & mission(s) humanitaire(s)		p. 110
Le CNKS aux JNCS		p.111
L'agenda du CNKS 2024 - 2025		p.113
PARTENAIRES p.94 à 97 & p. 117 à 121		

Directeur de publication : Pierre-Henri Haller
Rédacteurs en chef (CNKS.ORG & KINESCOPE)
Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :
Jules Barbier, Marie Blandin, Andrée Gibelin,
Véronique Grattard, Julien Grouès, Servane Prieu

Photos et images libres de droit

« La personnalité charismatique maîtrise à la fois l'univers réel qui nous entoure au travail, mais sait pertinemment mobiliser l'univers symbolique en rappelant que notre désir de venir à l'hôpital se fonde sur des récits inspirants qui nous portent au quotidien »

Frédéric Spinhirny
in Engagement et leadership en santé, 2024.

PERI *L'Editorial* SCOPE



Pierre-Henri Haller
Président

De l'engagement au leadership et de la vertu à l'intelligence critique.

La santé fait face depuis la crise sanitaire à de profondes mutations organisationnelles et des changements dans le rapport au travail et aux soins.

Les kinésithérapeutes n'échappent pas à ces évolutions fortes dans leurs pratiques ; des évolutions qui (pro)viennent aussi des besoins des patients, des contextes économiques, des contextes sociaux et de leurs propres rapports au travail.

Il est souvent question de sens donné à l'engagement social qui soutiendrait la fidélisation. Il est souvent question d'épuisement professionnel lorsque le sens est absent.

Plusieurs travaux récents évoquent la question du leadership comme outil de conduite des changements et du sens. Le leader est considéré comme inspirant et positivement utile aux évolutions et aux changements. Visionnaire et charismatique il fédère autant qu'il dirige. Ce leadership s'observe dans les pratiques innovantes - nouvelles modalités de soin, nouvelles modalités d'encadrement et nouvelles modalités de formation - soutenues par l'évolution technique, technologique, numérique...

Doit-on se réjouir de ce leadership ou se souvenir que l'innovation est polysémique et « ordinaire » ?

N'oublions pas qu'elle s'inscrit, se réalise, dans le cadre de « bricolages », d'« habilités », de « solutions quotidiennes », guidées par l'exagérément utile, et fruits d'une créativité parfois invisible.

Afin d'être mises en lumière, ces innovations invisibles mériteraient d'être colligées, documentées et faire l'objet de recherches cliniques et de validations. C'est, entre autres, l'objet de ce numéro dédié aux retours des dernières Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée.

Mais ne doit-on pas aussi et surtout nous méfier des mots-slogans et autres mots-valises devenus concepts-flous ? et de ce fait maintenir à l'endroit de ces « vérités construites, induites » souvent loin des « réalités » la vigilance et le doute ?

*Encourageons l'usage des sciences humaines et sociales, pour construire ensemble une intelligence critique et libératrice qui discute les dogmes et permet de penser librement. C'est le sens des valeurs et du projet de politique professionnelle de notre « **Association CNKS** »*

Pierre Henri Haller

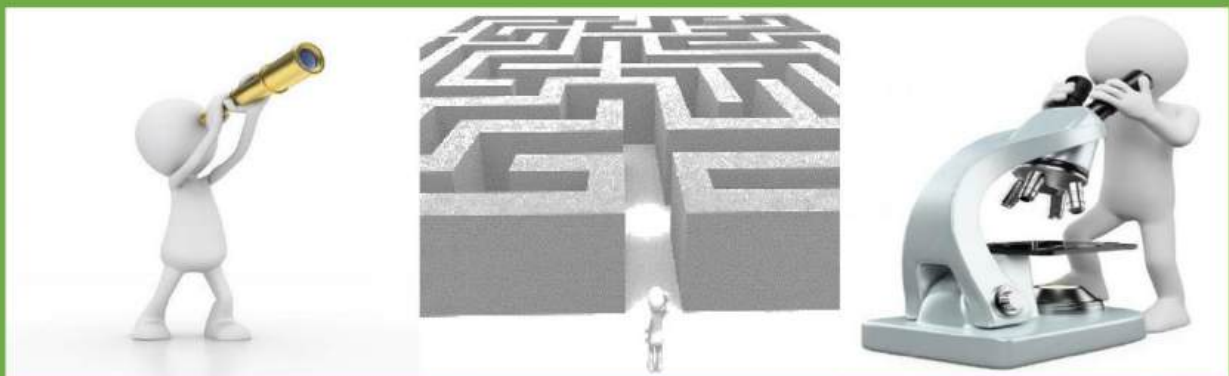
TELESCOPE

Maux des mots



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

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





L'ellipse

de Justin Pertinent



Des maux des mots ... à propos des mots

« M'en voudrez-vous beaucoup si je vous dis un monde où ... »

la radicalité s'exprime à chaque instant, dans les postures, les propos de tous et de chacun ; une radicalité emprunte - et empreinte au sens de la trace - de certitudes issues de persuasions plus que de convictions ou d'incertitudes issues plus de peurs que de craintes.

Persuader ? Convaincre ? Des synonymes ?!

*Effectivement quels que soient les dictionnaires ils sont réciproquement au rang des synonymes. Mais - nous ne le répéterons jamais trop - le propre des **syn** – **nonymes** est d'apporter au sens des variables significatives de la direction !*

Par exemple aller du pôle nord vers le sud c'est globalement pareil pour deux individus répondant à cette commande mais mettre le cap au sud-est ne conduit pas au même point que le cap au sud-ouest ; arrivés à l'équateur nos deux marcheurs se retrouvent, bien que sur la même latitude, de fait aux antipodes. Déjà évoqué dans un précédent KINESCOPE rappelons aussi cette dérive, à nos yeux, d'un emploi encouragé à ne pas répéter un mot mais à lui « substituer » ses synonymes. Or des analyses « proxémiques » des synonymes montrent bien les inflexions de sens que prennent chacun des synonymes pouvant alors travestir l'énoncé voulu.

Au quotidien qui vous dit être persuadé ? qui vous dit être convaincu ?

Qui assortit l'un ou l'autre de ces « états » des « raisons » (des pour quoi et des pour quoi) de ce choix ? Cette persuasion ou cette conviction devient-elle la vôtre du simple fait de celle ou celui qui l'énonce ?

Petits « détours » sur des définitions « académiques » et sur des articles pour vous inciter, permettre, aider ... à vous faire votre propre opinion.

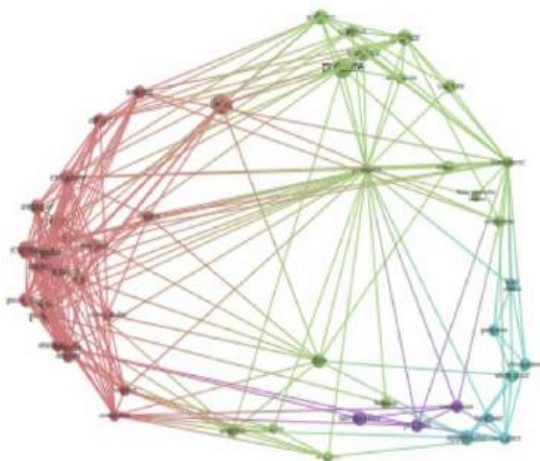
● Persuader ?

- quelqu'un de quelque chose, amener (quelqu'un) à croire, à penser, à vouloir, à faire quelque chose par une adhésion complète.
- se persuader : se rendre certain (même à tort).

Pour Larousse :

- 1) emporter l'adhésion de (Larousse) Synonyme : catéchiser, convaincre, gagner, influencer, intoxiquer ;
- 2) pousser quelqu'un à agir.
- 3) Synonyme : amener, décider, déterminer, entraîner, exhorter, inciter, incliner, mettre dans la tête, monter la tête, pousser, presser, provoquer ;
- 4) Familier : monter le bourrichon. Contraire : arrêter, dissuader, empêcher, interdire.

- Emprunté au latin classique **persuadere** qui signifie « décider à faire quelque chose ; convaincre », composé de **per**, préfixe à valeur intensive et de **suadere** qui signifie « conseiller ».
- « conseiller, amener les gens à croire ou à vouloir quelque chose » (vers 1370)
- « faire admettre quelque chose par la persuasion» *persuader qqc. à qqn* (vers 1460)



➤ Ses principaux synonymes sont nombreux : convaincre, pousser, entraîner, déterminer, exciter, inciter, gagner, conduire, captiver, toucher, séduire, prêcher, presser, prendre, inspirer, exhorter, décider, assurer, dire, amadouer, agir, suggérer, insinuer, inculquer, faire entendre raison, faire croire, catéchiser, bourrer, agir sur, amadouer, décider, déterminer, entraîner, faire entendre raison à, gagner, séduire, toucher, vaincre, conduire à ses raisons (littéraire) et son contraire dissuader.

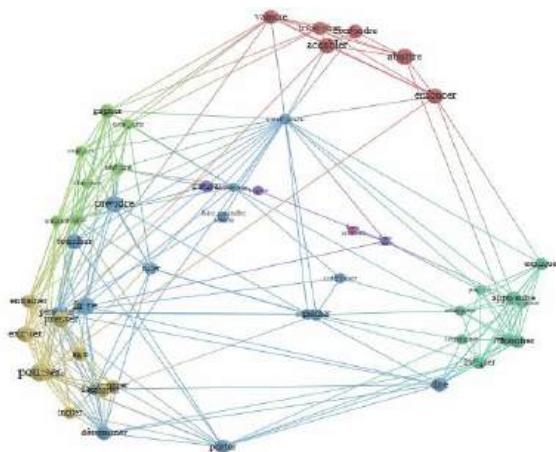
• Convaincre ?

- Amener quelqu'un à reconnaître la vérité, la nécessité d'une proposition ou d'un fait, par des preuves ou par un raisonnement irréfutable, à admettre quelque chose comme vrai ou comme nécessaire. Convaincre quelqu'un de quelque chose, donner à quelqu'un des preuves de sa faute, sa culpabilité, son implication.
- Convaincre quelqu'un **de** ... Convaincre quelqu'un **que** ... ou encore ... **Se** convaincre ... **Se** convaincre **de** ... **Se** convaincre **que** :

Pour Larousse

- 1) Amener quelqu'un, par des raisons ou des preuves, à reconnaître quelque chose comme vrai ou nécessaire : Je l'ai convaincu de renoncer à son projet. Synonyme : persuader
- 2) Obliger quelqu'un à reconnaître ses torts, son erreur, apporter les preuves de sa culpabilité : Convaincre quelqu'un de mensonge. Synonyme : prouver

- Emprunté au latin classique *convincere* « prouver la culpabilité de ; dénoncer (une faute, une erreur), démontrer, prouver que.
- « amener quelqu'un à reconnaître qu'il est coupable de quelque chose » (vers 1174)
- « dénoncer une faute, un crime, un défaut » « amener quelqu'un à reconnaître quelque chose comme vrai » (vers 1541)



- Ses principaux synonymes sont : persuader, entraîner, gagner, amener, séduire, vaincre, captiver, prouver, faire croire, expliquer, enfoncer, démontrer, conduire, accabler, prêcher, faire entendre raison, décider, convertir

La très grande majorité du succès, de la réussite (*), dans la vie personnelle comme au travail provient des compétences humaines dites « Soft Skills ». Nombre de spécialistes du comportement énoncent à ce sujet 7 compétences non techniques essentielles :

- **l'écoute active** pour répondre mais aussi et surtout pour comprendre et donc échanger,
- **l'art de raconter**, en pertinence et cohérence, pour rendre les messages plus mémorables,
- **la régulation émotionnelle** la sérénité sous pression pour gérer les situations difficiles,
- **la conscience de soi** en forces et faiblesses, et comportement affiché observable,
- **l'agilité d'apprentissage** tout au long de la vie pour rester pertinent et proactif,
- **la collaboration** par coopération et coordination en équipe pour viser des objectifs communs,
- **la pensée critique** permettant d'évaluer les informations pour prendre des décisions éclairées.

(*) « La réussite n'est pas qu'une question de savoir(s), de savoir-être, de savoir-faire ... essentiels mais pas suffisants... c'est surtout une question d'adaptabilité et donc de savoir devenir. Et savoir devenir nécessite de connaître - au sens d'avoir vécu ou de vivre un événement - pour pouvoir re-connaître : un passage indispensable pour exercer la faculté, la compétence d'esprit critique ».

Yves Cottret (JNF UIPARM 1993)

Et in fine de persuader ou de convaincre, d'être persuadé ou convaincu, ne nous ramène-t-il pas au doute vs l'assurance ? à la crédulité vs l'incrédulité ? à la confiance vs la défiance ? au scepticisme vs l'enthousiasme ? ... à l'incertitude vs la certitude(s) ?

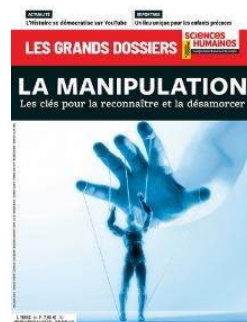
Certitude(s) et incertitude(s) des termes maintes fois évoqués dans les colonnes de notre revue associative KINESCOPE. Quels que soient les événements surprenants, inattendus, aux conséquences importantes, il existe toujours une partie des observateurs qui ne sont pas surpris. Selon ce qu'ils sont, ce qu'ils s'imposent, ce qu'ils fabriquent comme croyances et comme aveuglements - plus ou moins partagés et renforcés par leur partage avec d'autres – ils seront ou pas, en regard de leurs certitudes, sensibles à un événement.

Cette illusion des certitudes est le fruit d'un aveuglement volontaire. Leurs modèles mentaux et leurs croyances profondes génèrent cet aveuglement et les abstraient d'autres vérités que les leurs et leur font ignorer toute autre alternative. Leurs vérités deviennent les réalités d'un monde ... virtuel ... loin de la réalité « irl ».

« Les certitudes sont des ennemis plus dangereux de la vérité que le mensonge. » (Nietzsche).

Alors persuader : inutilité ou manipulation ? convaincre : inutilité ou manipulation ? manipulation comme forme de contournement de la délibération rationnelle, comme moyen de pression ou comme duperie ?

Pour aller plus loin KINESCOPE vous suggère en lecture : Manipulation, influence, consentement : de quoi parle-t-on ? Grands Dossiers de Sciences Humaines n° 66, mars - avril - mai 2022 et d'autres articles parus dans le magazine Sciences Humaines. Heilbrunn et rapporte ci-après 3 articles à méditer.



Les dangers de l'optimisation naïve en incertitude

L'optimisation est l'un des objectifs essentiels du management. Elle consiste à faire toujours plus à partir de toujours moins. Elle est l'un des facteurs de l'incroyable performance de l'économie mondiale depuis deux-cents ans. Elle explique par exemple que le prix d'un frigo ait diminué de 98% en euros constants depuis un siècle. Mais elle est parfois menée de façon naïve, c'est-à-dire sans tenir compte de l'incertitude, et cette naïveté est source d'une grande fragilité.

L'optimisation a été particulièrement marquée avec le développement du « Just in time », l'idée étant de livrer les composants d'un produit qu'au moment exact où ils sont nécessaires. En livrant juste à temps, et non à l'avance, on évite les stocks inutiles, et donc on réduit les coûts. Si cette technique est appliquée sur l'ensemble de la chaîne, l'impact en termes d'efficacité peut être considérable.

Ces trente dernières années, avec le développement de la Chine comme atelier du monde et celui de la logistique internationale, cette technique a été étendue en supposant que l'origine géographique d'un produit n'avait pas d'importance. Seul comptait le prix et le délai. L'impact en termes d'efficacité a été considérable : un produit pouvait être sourcé en quelques clics et livré quelques jours après.

Mais cette optimisation traduisait une forme de naïveté, inconsciente des modèles mentaux sur lesquels elle reposait.

Le juste à temps suppose par exemple qu'il n'y a jamais de grève. C'est vrai au Japon, qui a inventé le concept, mais ce n'est pas vrai en France, qui l'a adopté un peu rapidement. Dans un pays où la grève est fréquente, avoir du stock est une bonne idée. Le coût supplémentaire engendré est largement recoupé lorsqu'il y a une grève et que la production peut continuer malgré elle. De même, la logistique supposait que le système d'approvisionnement mondial pouvait fonctionner sans accroc.

Cette supposition s'est trouvée vérifiée pendant des années, puis brusquement démentie avec l'épidémie de Covid et désormais avec le reflux de la mondialisation et les problèmes sécuritaires, comme les menaces que font peser les Houthis sur le transport maritime en Mer Rouge.

Pour qu'un système soit capable de résister aux chocs inévitables d'un monde incertain, il faut donc plusieurs conditions qui vont à l'encontre de l'optimisation naïve :



- **Premièrement**, il faut créer une capacité sur-dimensionnée. C'est ce qu'en anglais on appelle « slack », le mou. Il faut avoir un peu trop de tout à tous les niveaux. Moins on a de mou, moins on peut encaisser les chocs. Il faut donc conserver de l'inutile.

Le modèle ici est la brigade de pompiers. Ces derniers sont inactifs une partie de leur temps puis soudainement indispensables. Nous finançons donc une structure qui est inactive une partie importante de son temps. Si les pompiers sont inactifs pendant 30% de leur temps, il serait idiot de réduire les effectifs de 30% pour en optimiser le fonctionnement. Le mou est sous-performant au jour le jour, mais très performant au long cours.

- **Deuxièmement**, il faut avoir une redondance de systèmes. C'est pour cela que la nature nous a donné deux poumons. Là encore, l'optimisation naïve voudrait éviter les redondances, source de coûts directs et indirects (maintenance, etc.). La marine américaine a ainsi recommencé à former ses marins à l'utilisation des cartes et du compas. Un jour, peut-être, le GPS sera inaccessible (panne ou sabotage ennemi) et il faudra savoir se débrouiller autrement.

- **Troisièmement**, il faut que le système soit pluriel et non monolithique. Un système pluriel permet d'encaisser les chocs de façon locale. Une partie du système peut être affectée sans que les autres le soient.

C'est pour cela que la standardisation et l'uniformisation d'une organisation, qui sont des facteurs importants d'optimisation, sont également facteurs de fragilité. Concentrer toute sa fabrication en une seule usine augmente la performance économique mais rend fragile si cette usine connaît un problème (grève, catastrophe naturelle, soubresaut politiques, etc.) ou si elle ne peut plus livrer à l'autre bout du monde (crise géopolitique, guerre douanière, interruption du trafic maritime, etc.) L'enjeu de l'organisation est donc de créer une unité globale tout en laissant une certaine diversité locale. Cela va directement à l'encontre des principes d'optimisation naïve.

- **Quatrièmement**, il faut développer des ressources a priori inutiles. On est là dans l'absence totale d'optimisation, puisqu'on attend un retour nul sur un investissement. La ressource a priori inutile est ce qui est le plus difficile à vendre à un management obsédé par l'optimisation naïve.

Au début du siècle dernier, l'Armée française a laissé se développer des initiatives individuelles locales pour expérimenter des nouvelles technologies : TSF, avion, vélo, etc. La doctrine ne s'y intéressait pas ; ces ressources étaient donc officiellement inutiles au regard des modèles officiels, mais elles se sont avérées très utiles quand ces modèles se sont effondrés au début de la guerre et qu'il a fallu en construire d'autres.

Ces quatre principes (il y en a sûrement d'autres) ne peuvent pas se développer de façon abstraite. Ils ne peuvent être mis en œuvre que si se développe une culture de l'optimisation intelligente au sein de l'organisation, pointant ici l'importance de la dimension humaine. C'est, au fond, une posture générale qui doit être adoptée.

Deux points sont à préciser ici.

- D'une part, le degré d'optimisation ne peut être défini dans l'absolu. Il ne faut pas trop optimiser, certes, mais ça veut dire quoi, « trop » ? C'est impossible à dire. La seule façon consiste à prendre des décisions au cas par cas en ayant toujours conscience des dangers d'un excès d'optimisation.

- D'autre part, on voit qu'il n'y a pas de structure organisationnelle idéale. La gestion d'un système complexe implique des compromis ; elle ne peut jamais viser un idéal sans danger. Si on optimise trop, on fragilise en étant trop sensibles aux chocs. Si on n'optimise pas assez, on fragilise en diminuant la performance économique, ce qui menace aussi l'existence de l'organisation.

Conscience des modèles mentaux de l'optimisation

La gestion d'une organisation réside beaucoup dans l'art du compromis et non dans l'optimisation naïve d'un ou deux facteurs aux dépens d'autres tout aussi importants, même s'ils ne jouent que rarement.

L'optimisation naïve, c'est d'abord une optimisation qui ne comprend pas la nature de l'environnement dans lequel elle prend place.

Il est donc indispensable que l'optimisation du fonctionnement d'une organisation, qui est nécessaire à sa survie, soit développée en ayant une conscience claire des modèles mentaux sur lesquels elle repose, pour que ceux-ci soient discutés et questionnés

8 AVRIL 2024
PHILIPPE SILBERZAHN

En incertitude, misez sur vos croyances... prudemment.

L'incertitude, ce n'est pas rassurant. Mais la meilleure manière de se rassurer et de pouvoir agir, ce n'est pas de rechercher des certitudes. C'est une quête sans espoir, et surtout dangereuse. Mais alors comment éviter la paralysie? En avançant à partir de croyances, de façon prudente. C'est la grande leçon, très pratique, du philosophe Ludwig Wittgenstein qui en cela met une grande baffa à Descartes.

De quoi pouvons-nous être certain ?

Voilà une très ancienne question philosophique. Elle fait penser à ces questions de baccalauréat qui semblent bien éloignées de la réalité aux candidats, mais notre époque la repose avec force, et semble lui avoir apporté une réponse claire : de rien.

Bien-sûr, Descartes l'avait dit il y a longtemps déjà : il faut douter de tout ! Certes, mais c'est invivable ! Dans notre vie de tous les jours, on peut s'appuyer sur bon nombre de choses qui restent vraies suffisamment longtemps. Quand je me prépare un café, il n'est pas nécessaire de douter de l'existence du café ! Je peux travailler au quotidien de façon effective dans mon entreprise sans avoir besoin de mettre en doute tout ce qu'on me dit, tout ce que je vois ou que je vis. La vie en société n'est possible que parce que nous faisons confiance par défaut.



On ne peut pas douter de tout

Autrement dit, Descartes avait peut-être raison en théorie, mais en pratique on peut assez largement l'ignorer ; on doit l'ignorer dans notre vie quotidienne.

C'est précisément ce que recommande un autre philosophe, Ludwig Wittgenstein, dans un étonnant ouvrage intitulé... *De la certitude*. « Méfiez-vous de Descartes », nous dit-il en substance: douter de tout rend la vie impossible. Suis-je certain que la terre est ronde ? Pas tout à fait, mais plein de gens crédibles le disent alors je vais les croire, jusqu'à nouvel ordre, pour des raisons pratiques : j'ai besoin de vivre.

Cette croyance est d'autant plus acceptable que le fait qu'elle soit ronde ou carrée ne change rien à ma vie quotidienne. Tant que cette croyance fonctionne pour moi, je peux la garder. Je sais qu'il y a un risque, mais il y en a aussi un à ne rien faire tant qu'on n'a pas de certitude sur tout.

Notre connaissance repose sur un certain nombre de croyances de base. Cela va directement à l'encontre des grands penseurs comme Descartes qui ont toujours soutenu que la base d'un système de connaissance était forcément un ensemble de propositions certaines. Avec Descartes, l'objectif est de reconstruire le monde sur une base solide, exclusivement à partir de certitudes ayant survécu à son filtre. Mais c'est impossible. C'est un idéal inatteignable.

En « remontant » à l'origine de nos connaissances, on finit toujours par buter sur une proposition indémontrable, notamment quand pour ce qui concerne le futur. Si on se donne pour règle de ne vivre qu'à partir de certitudes démontrées, on ne peut pas vivre du tout.

En incertitude, s'appuyer sur des croyances

Wittgenstein rejette cette conception.

Selon lui, nous ne saisissons pas le monde d'abord par la pensée ; nous le saisissons d'abord pratiquement, par l'action, avant de progresser vers une saisie plus intellectuelle. « C'est dans l'usage que je fais de mes mains que se manifeste ma certitude fondamentale que 'ceci est une main' » écrit-il fameusement.

En somme, *contra* Descartes, ce n'est ni la connaissance ni le doute qui se trouvent au fondement de la connaissance mais ce qu'il appelle des « certitudes animales », c'est-à-dire des croyances qui ne sont pas prouvées, mais seulement éprouvées par le temps. Des modèles mentaux.

Wittgenstein nous offre donc un guide très utile en incertitude : il nous dit que la connaissance que nous avons du monde, et qui nous permet d'agir au quotidien, ne repose pas sur un socle de connaissances fondamentales que nous avons prouvées une à une.

Elle repose sur un socle de *croyances* que nous avons sur notre travail, notre famille, nos voisins, le monde, etc. Ces croyances viennent de loin. Wittgenstein écrit : « L'enfant apprend à croire une quantité de choses. C'est-à-dire qu'il apprend à agir selon ces croyances.

Petit à petit se forme un système de ce qu'il croit et, dans ce système, certaines choses sont inébranlablement fixées et d'autres sont plus ou moins mobiles. » Ce système évolue, en partie, avec le temps selon l'éducation, les expériences personnelles et les leçons que l'on tire de la vie. Avec le temps, ces croyances deviennent des certitudes empiriques. Il faut évidemment savoir en douter, mais comme Wittgenstein l'écrit joliment : « Le doute vient après la croyance. »

Pour Wittgenstein, nos croyances fondamentales sont comme des gonds sur lesquels tournent nos questions et nos doutes : afin que la porte de la connaissance puisse tourner, il faut que ces gonds restent fixes. En ce sens, nos croyances ne sont pas des objets de connaissance, mais en constituent la base nécessaire et pratique. Avec le doute radical, l'idéal de certitude empêche toute action. Avec un système de croyances, on peut agir en incertitude, avec bien-sûr le risque que l'une d'entre elles se révèle fausse. Mais c'est le prix à payer pour agir.

Il faut donc douter, mais pas de tout et encore moins de tout en même temps. Voilà une proposition fort pragmatique : en incertitude, la connaissance est difficile, voire impossible, à acquérir. Je ne sais pas de quoi demain sera fait ; je ne peux pas le savoir, et d'ailleurs personne ne le sait.

Si la connaissance est impossible, alors la croyance est un bon substitut : j'accepte l'offre d'emploi de l'entreprise X plutôt que celle de Y parce que je *crois* que X m'offre de meilleures perspectives. En suis-je certain ? Non, bien-sûr, car je ne le saurai finalement que dans quelques années. Mais il faut bien que je me décide. Ou alors je refuse les deux offres parce que je *crois* que je réussirai mieux en indépendant. Finalement je me décide à me lancer en indépendant, mais après quelques mois, je prends conscience que je ne suis pas très doué pour vendre mes compétences, et je reprends un emploi. La croyance selon laquelle je réussirais mieux comme indépendant s'est révélée fausse, mais elle m'a néanmoins permis d'avancer, de tester quelque chose et d'en apprendre plus sur moi-même.

C'est ainsi que depuis la nuit des temps l'être humain a fait face à l'incertitude en construisant un système de croyances, gardant celles qui marchaient et abandonnant celles qui ne marchaient pas.

Croyances prudentes

Agir en incertitude ne nécessite donc pas de trouver des certitudes ; des croyances efficaces suffisent. Et heureusement car ce serait une tâche impossible. Il faut donc avoir une conscience de son propre système de croyances, pour le mettre à profit. Nous pouvons douter de nombreuses choses, mais cela ne nous empêche pas d'avancer sur la base de quelques croyances qui marchent, même s'il faut le faire de façon prudente car certaines sont fausses et toutes ne marcheront pas éternellement.

18 NOVEMBRE 2024
PHILIPPE SILBERZAHN

Ludwig Wittgenstein
De la certitude NRF accessible [ici](#).

La science ne fournit-elle que des certitudes ?

À première vue est scientifique ce qui fait preuve de certitude. On estime souvent que la scientificité d'un propos lui donne une certaine autorité dans les débats où il faut faire preuve d'objectivité. Il n'est pas rare que les critères de la science aient toujours le dernier mot sur l'état des faits puisqu'apparemment ils ne peuvent être contredits par la raison elle-même.

Pourtant, la science ne s'est pas établie dans cette position par la pure conviction de ses théories. Les hypothèses au cœur de ces dernières sont passées au crible de nombreuses interrogations qui tentent de voir en elles des faiblesses afin d'éventuellement les invalider. Ces interrogations semblent manifester l'esprit de ce que Descartes appelait un doute méthodique, soit le fait de ne rien prendre comme vrai ce qui ne fut pas examiné avec soin par la raison.

On est donc face à deux directions contradictoires qui font pourtant partie de l'esprit scientifique.

Comment la science qui se donne à être comme le modèle de certitude peut inviter le doute pour arriver à la scientificité ? Pour résoudre ce problème, nous allons considérer le plan suivant. Premièrement, revoyons avec plus de détails pourquoi la science se veut être le signe de la certitude. Deuxièmement, observons pourquoi le doute fait partie de la recherche scientifique. Puis finalement, considérons de dépasser la contradiction en proposant que l'esprit d'antithèse fait partie des critères de la scientificité.

I) La science et la certitude

A. La science et la certitude théorique

Premièrement, il est important de considérer la nature indubitable de la seule théorie scientifique en termes de logique. La formulation d'une théorie en science manifeste une procédure si rationnelle qu'elle semble être à l'épreuve du doute. D'abord, une théorie scientifique n'est pas une donnée intuitive. Certes, elle est tributaire de la perspicacité de l'esprit, mais celle-ci n'en est qu'un point de départ.

Une théorie scientifique est une conclusion rationnelle à la suite d'une démonstration rigoureusement développée par la seule observation de la raison. Aristote définit la démonstration comme : *« un discours par lequel, certaines choses étant posées, quelque chose d'autre en résulte nécessairement du seul fait de ces données »*.

En effet, elle est le produit de l'enchaînement logique de propos dont les fondements sont rigoureusement examinés sous la lumière de la raison. Il y a ici un esprit d'objectivité, la science veut aller vers les choses en neutralisant le plus possible les affectivités subjectives. Chaque propos se doit de ne contenir aucun sentiment car la perspective subjective s'y cache souvent, étant donné que la nature de celui-ci est d'être vague.

Il s'agit d'exprimer nos idées de la manière la plus claire possible par l'usage d'une précision verbale pertinente qui ne laisse place à aucune équivocité ni ambiguïté. Le principe est d'établir le plus de formalités possibles dans les propos afin qu'ils soient efficacement opérés par l'esprit de la logique.

B. La science et la certitude expérimentale

Toutefois, une théorie n'est pas une connaissance scientifique si elle n'a pas été confrontée à la concrétude des faits. Plus précisément, la connaissance n'est dite scientifique que si elle est conforme aux faits et que cette conformité soit définie par la réussite expérimentale. Le procédé est la suivante : la science fait d'abord preuve d'une observation inductive temporaire. Le scientifique remarque des régularités dans les phénomènes et formule une hypothèse générale qui donne un ordre à ces derniers.

Puis, il revoit les faits pour vérifier son hypothèse mais cette fois dans un cadre théorique bien précis. On n'observe plus ici le phénomène, mais plutôt d'une manière active, l'hypothèse qui tient à expliquer sa nature. On n'attend pas l'apparition du phénomène, on la somme d'apparaître sous des conditions bien définies.

Pour vérifier l'hypothèse, l'observation expérimentale met en jeu des théories qui ont déjà fait leur preuve face à l'expérience. Par exemple, les outils d'observation comme le thermomètre et le baromètre sont les matérialisations de théories considérées comme suffisamment vérifiées face à leurs objets d'études respectives que sont la température et la pression atmosphérique. Il est dès lors difficile de contester les connaissances que la science produit, car celle-ci avance par une série de pas suffisamment confiants d'eux même vis-à-vis des faits explorés.

Il semble que la science ni dans la théorisation ni dans l'expérimentation ne laisse place au doute. Pourtant, comment alors expliquer que les théories scientifiques peuvent changer au cours de l'histoire de la science sans qu'il y ait des remises en question ?

II) Le doute est au cœur du progrès scientifique

A. Le doute dénonce le manque de rationalité de la doxa

La science est l'œuvre de l'esprit rationnel. Elle veut examiner tout propos à travers la lumière de la raison. La science dès lors fait preuve de suspicion à l'égard de ce qui manque de transparence vis-à-vis de la raison.

Au cours de son histoire, la science a toujours pris le risque d'aller à l'encontre de la doxa, ou entre autres, de l'opinion commune ambiante. La science suspecte tout jugement qui considère comme seule autorité le « bon sens » partagé par la majorité. Elle a raison dans le sens où on peut vite remarquer que l'opinion est l'œuvre de l'habitude d'une perspective.

L'opinion ne se questionne pas, ni sur ses origines ni sur son raisonnement, elle exprime juste du vraisemblable, elle ne se demande pas pourquoi telle ou telle idée paraît évidente dans le sens où pourquoi celui qui l'exprime en fait plus preuve de certitude par un fort sentiment que d'une indubitable logique.

C'est pourquoi les découvertes scientifiques se font parfois ressentir comme douloureuses. On est arraché à ce qui nous est jusque là confortable, rassurant et unifiant. La découverte de la révolution Copernicienne est une déchirure avec l'idée d'un monde d'homme au centre de l'univers.

La théorie de l'évolution de l'espèce est ressentie comme une agression contre la grandeur du sentiment de la dignité humaine. Enfin, l'idée de que le sujet n'est pas le maître chez lui du fait d'un mécanisme psychique qui échappe à sa conscience démoralise l'idée d'une volonté libre et responsable.

B. Le scientifique fait autant preuve de doute que de foi vis-à-vis de ses théories.

Mais il ne s'agit pas seulement de questionner la doxa populaire. La science fait aussi preuve d'une suspicion méthodique à l'encontre de ses précédentes théories aussi solides soient celles-ci.

La science doit mettre à jour les méthodes d'observation d'une ancienne théorie pour voir si l'expérimentation d'une époque est n'est plus actuellement pertinente, soit devenue obsolète.

On peut ici d'abord remarquer la condition des technologies prises en charge par l'observation. Le progrès technique semble ne cesser d'offrir des technologies plus performantes et plus précises que la science ne peut ignorer l'usage.

Puis, on peut aussi remarquer les nouveaux faits qui se manifestent en dehors des registres habituels. L'esprit de l'induction a ses limites car à défaut de ne pas pouvoir observer les faits dans tous les lieux et tous les moments qu'on peut considérer comme pertinents, on ne peut qu'attendre leur signalement.

Enfin, remarquons que de nouvelles théories peuvent voir le jour grâce à de brillantes nouvelles intuitions. Les esprits ont à chaque progrès scientifique accumulé une si grande richesse intellectuelle tant en méthode qu'en connaissance que l'ingéniosité de notre entendement ne peut que s'y épanouir avec joie.

Il faut finalement noter que ces trois conditions s'articulent souvent entre elles d'une manière interdépendante.

De nouveaux moyens et phénomènes peuvent amener de nouvelles théories, de nouvelles théories peuvent amener à de nouveaux moyens et à l'observation de phénomènes. Ce n'est que par cette revue de ses fondations que la science peut progresser. Chaque nouvelle théorie est tributaire d'une revue des anciennes.

Le doute ici ne s'oppose donc pas à la science tant celui-ci est ce qui lui permet d'avancer.

Pourtant ne faut-il pas dès lors préciser quelques remarques au sujet de la nature scientifique de ce doute pour éviter toute ambiguïté avec le scepticisme absolu ?

III) Le doute fait partie des critères de la science

A. Le doute scientifique n'est pas le doute sceptique

On parle bien trop souvent de cette caricature du scientifique par l'image du sceptique invétéré. Les scientifiques, dit-on souvent, ne croient en rien, car ils veulent absolument avoir les preuves des faits sous leurs yeux.

Le grand public est d'ailleurs souvent frustré par l'idée que ses idées n'ont aucune autorité sans l'accord de la communauté scientifique qu'il traite finalement celle-ci de manquer d'ouverture d'esprit.

Pourtant, l'esprit scientifique n'a pas une telle tendance de fermeture. En fait, s'il a en droit la réflexion du doute, c'est que douter pour lui, signifie ne pas tenir pour vrai ce qui apparaît obscur et incohérent.

Les observations précédentes sur le progrès de la science grâce au doute, nous amènent à préciser que pour la science, le doute renvoie à l'idée de prudence ou de précautions et non à la fermeture totale.

La science ne peut faire l'économie du doute puisque la certitude est vitale pour la connaissance. Elle a la responsabilité de faire preuve d'un scrupule rigoureux pour éviter de fonder une structure de savoirs instable. Imaginons les dégâts que la moindre erreur de la part d'une théorie pourrait occasionner.

La validité d'une théorie est la conclusion d'autres théories valides de sorte qu'une théorie scientifique soit en fait une structure conceptuelle basée sur la confiance de ses fondations.

B. La possibilité d'une antithèse vérifiable fait qu'une théorie soit scientifique

Enfin, remarquons avec l'épistémologue Karl Popper que « *le critère de la scientificité d'une théorie réside dans la possibilité de l'invalider, de la réfuter ou encore de la tester* ».

L'image semble être paradoxale, voire pessimiste, pourtant il faut comprendre par là que le critère de réfutation nous permet exactement de distinguer l'explication scientifique de la pure interprétation. La pure interprétation n'offre pas la possibilité de l'observation d'une réfutation.

Par exemple, l'interprétation marxiste des rapports de forces sociales de la lutte de classe pourra toujours se prêter à l'explication de n'importe quel phénomène social et on ne peut en toute rigueur en faire l'observation expérimentale d'une manière suffisamment contrôlable.

Les faits sociaux sont difficilement contrôlables par l'observation d'une théorie déterministe, on parle d'observer des esprits qui peuvent faire preuve d'une autonomie insoupçonnée.

Le problème des théories irréfutables est qu'elles ne s'appuient que sur l'ingéniosité théorique. Il s'ensuit qu'avec un peu de sophistication, elles sont les moyens les plus efficaces à véhiculer du vraisemblable.

L'interprétation scientifique reconnaît que la remise en question n'est jamais loin d'elle parce qu'elle se démarque des autres théories par le fait que la possibilité de confirmer expérimentalement ses doutes fait sa légitimité.

Conclusion

Notre problématique était de se demander comment la science qui se donne à être comme le modèle de certitude peut inviter le doute pour arriver à la scientificité.

La science nous a montré le souci d'une certitude absolue dans ses procédures. Les théories scientifiques font la preuve d'une démonstration si rationnelle qu'elles sont logiquement implacables. Mais encore, la science veut quand même les confirmer en les confrontant aux faits. Une confrontation qui exige d'être observée par des théories dont la validité est déjà certifiée par l'expérience même.

Néanmoins, cela n'empêche pas que le doute puisse faire partie de la recherche scientifique.

L'esprit du doute est nécessaire à la science pour faire face aux préjugés des opinions. Il s'agit de ne pas tenir pour vrai ce qui manque de transparence rationnelle.

La science doit aussi revoir les conditions de ces anciennes théories à l'égard de nouvelles pertinences technologiques, théoriques et factuelles.

L'enjeu est toujours la certitude, mais une certitude qui n'est pas aveugle de ses conditions.

Ce qui nous a amenés à faire remarquer que le doute scientifique n'est pas le doute sceptique. Il ne s'agit pas d'être enfermé sur ses principes, mais seulement de faire preuve de prudence.

La science qui paraît de nature scrupuleuse fait preuve de confiance envers ses théories.

Finalement, ce qui démarque la science des simples interprétations c'est la possibilité de douter de ses théories par la formulation d'antithèses expérimentalement vérifiables.

Le doute n'est ainsi ni l'ennemi ni l'ami de la science, mais une condition inséparable.



La science ne fournit-elle que des certitudes ?
Publié par Toute La Philo

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*



**Spécial retour sur les
JNKS 2024 NANTES**

JNKS 2024 après-midi du 25 septembre dédiée innovation en santé & recherche paramédicale

Pierre Henri HALLER, président du CNKS a ouvert le mercredi 25/09 les JNKS 2024 au CHU de Nantes. Après avoir présenté la nature de l'Association CNKS, ainsi que ses différents engagements et missions auprès des kinésithérapeutes et cadres ; il a introduit cet après-midi d'échanges dédiés plus particulièrement à l'innovation en santé ainsi qu'à la recherche paramédicale.

« Faire équipe et être aux côtés de..., c'est prendre soin de l'autre - écoute moi touche moi - donc faire lien auprès des patient en situation de handicap, de grand âge, de pédiatrie, de chronicité. Il s'agit d'une stratégie et d'un enjeu national de réadaptation, d'enjeu d'expériences patient, de discours et d'expériences singulières de fragilité de vulnérabilité. Faire équipe c'est innover et chercher ensemble à propos du quotidien, de la clinique. L'innovation ordinaire, c'est donc s'intéresser à nos astuces, habiletés et « bricolages » du quotidien qui nécessitent d'être éprouvés pour ensuite faire progresser les pratiques. Mettre en lumière ces pratiques innovantes et leurs acteurs, telles sont les missions du CNKS ».

Pierre Henri HALLER

La première partie de l'après-midi a été consacrée à **L'INNOVATION EN SANTE, EN KINESITHERAPIE**, et plus particulièrement aux projets et dispositifs innovants qui apparaissent depuis ces dernières années au sein de nos établissements et dont se saisissent les équipes de rééducation. Cinq interventions orales ont été proposées autour de cette thématique.

1/ MARATHON D'INNOVATION :

ENTREE DANS L'INNOVATION GRACE A L'EXPERIENCE HACKATHON

Sandrine QUIGUER, MK et Elise Olivier, chargée de mission innovation, CHU de Nantes (44) nous ont présenté leur expérience/innovation « Hackathon » qui a bousculé leur pratique et leur façon d'aborder les problématiques liées au soins en y amenant une démarche scientifique cadrée.

Un éclairage particulier a ainsi été présenté sous la forme d'un protocole IMRAD dans la prise en charge du Syndrome du Défilé Thoraco-Brachial (SDTB). *« La posture semble avoir des répercussions sur cette pathologie, nous cherchions un moyen de l'évaluer plus précisément et plus efficacement dans notre pratique quotidienne, en particulier sur le bilan morphostatique. Nous avons eu l'opportunité de porter notre projet au hackathon Hacking Health de Nantes 2023. Hacking Health est un mouvement international à but non lucratif ayant vocation à favoriser l'innovation collaborative en santé. Cet événement s'est déroulé sur 3 jours en janvier 2023 au sein de IMT Atlantique. Notre équipe, composée de trois kinésithérapeutes du pôle MPR, d'ingénieurs et d'informaticiens a remporté le prix du cluster de recherche FAME (Human Factor for Medical technologies) pour le sujet « Prototyper le bilan morphostatique », ce qui a permis d'obtenir une bourse pour poursuivre les travaux. »*

2/ KINESITHERAPEUTES ET ROBOTIQUES : GROUPE DE TRAVAIL

Alice PITIOT et Justine BUSSON, toutes les deux MK au CHU de Nantes (44), ont exposé leur organisation de travail au regard des différentes possibilités d'aide robotique à la marche. Leur intervention a également fait l'objet d'un poster intitulé « organisation avec 3 robotiques de marche » exposé tout au long de nos journées.

Suite à l'acquisition de trois robotiques de marche différentes, Lokomat en 2016, Indego en 2019 et Atalante en 2022 ; ces kinésithérapeutes se sont questionnées quant à l'organisation de travail vis-à-vis de ces différents équipements ; et plus particulièrement sur des questions de sous-utilisation, de choix des robots et des critères d'arrêt de l'utilisation. Il a ainsi été mis en évidence pour chacun de ces équipements spécifiques

- Un protocole d'utilisation (nombre de séances et nombre de semaines).
- Le temps MKDE consacré à ces prises en charge.
- Les indications spécifiques afin d'affiner la pertinence du choix du robot utilisé vis-à-vis des objectifs de rééducation.

3/ MK ET ETP : PROJET « SAUVE QUI PEAU » SERIOUS GAME

Elsa GUBA et Julie POTTEEUW, toutes les deux MKDE au CHU de Nantes, ont proposé une intervention mettant en lumière l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) comme une pièce maîtresse de la prise en charge rééducative et réadaptative du patient blessé médullaire ; ainsi que le parcours qui les a conduites depuis la dépose d'un programme d'ETP en 2021 auprès de l'ARS, jusqu'à la création d'un jeu de plateau « SAUVE QUI PEAU », lauréat du concours « Stop Escarre » en 2023. Fort de cette reconnaissance, elles décident de présenter leur projet à l'ARS afin d'obtenir des financements pour le développement et le dépôt de marque/brevet de « Sauve qui peau ».

En 2024, la subvention obtenue de l'ARS leur permet de travailler avec un graphiste professionnel et d'éditer la première boîte du jeu.

4/ EFFICACITE ET UTILISATION DE L'EIT (tomographie par impédance électrique)

Serge BANNETON et Ambre KOMONSKI, MKDE au CHU de Nantes, ont présenté leurs travaux à propos de la prise en charge en post-chirurgie cardiaque, des patients à haut risque d'atélectasie. Leur projet « PAPIET » au CHU de NANTES a pour objectif de rechercher la meilleure homogénéité ventilatoire lors de séance de KR + PEP en post chirurgie cardiaque.

La radio pulmonaire est à ce jour la mesure de référence dans le cadre d'atélectasie (Duggan & Kavanagh, 2005), elle n'apporte qu'une précision limitée car elle n'est réalisée qu'à distance des séances de KR. La PEP est donc fixée arbitrairement et la décision de la modifier n'intervient qu'entre les séances et non au cours d'une séance. Pour y remédier, la Tomographie par Impédance Electrique (EIT) peut être utilisée en pratique clinique de manière non invasive pour visualiser en direct l'homogénéité de la ventilation.

Leur intervention a également fait l'objet d'un poster intitulé « Efficacité et utilisation de l'EIT ». Ce dernier a reçu le prix PUBLIC à l'issue de nos journées.

5/ ROBOTIQUE ET EXOSQUELETES DANS LA REEDUCATION, L'ASSISTANCE ET LA PREVENTION DES TMS

Pierre MAY CARLE, MK et membre du CA du CNKS, a présenté un historique, un état des lieux ainsi que les perspectives d'utilisation des équipements robotiques et exosquelette dans la rééducation et la prévention des TMS. A l'heure actuelle il existe plus de 100 modèles d'exosquelettes de prévention des TMS essentiellement pensés pour l'industrie et un peu pour les loisirs. Ces derniers sont conçus pour les membres supérieurs, inférieurs et également le rachis. En ce qui concerne la rééducation et la prise en charge des patients se sont les exosquelettes d'assistance à la marche qui explosent sur le marché avec environ 30 dispositifs à l'heure actuelle. Ces équipements de dernière génération couvrent un large champ des possibles allant de l'exosquelette robotique fixe à l'exosquelette autogérant l'équilibre, permettant de proposer une rééducation à une patientèle adulte ou pédiatrique. Deux axes de développement majeurs ouvrent des discussions pour l'avenir :

- 1/ ses équipements demeurent encore perfectibles en termes d'acceptabilité et d'adoption de la part des professionnels des patients mais également des thérapeutes
- 2/ introduction à venir des robots humanoïdes compagnons ?

La seconde partie de l'après-midi a été consacrée à la **RECHERCHE PARAMEDICALE**. Cinq interventions orales ont également été proposées autour de cette thématique.

1/ PROGRAMME DE RECHERCHE ET APPELS D'OFFRE NATIONAUX

Thomas RULLEAU, MK, coordonnateur paramédical de la recherche au CHU de Nantes a présenté une rétrospective et un état des lieux à propos des programmes de recherche ainsi que des appels d'offre nationaux.

Le nombre de projets financés a quasiment doublé au cours des 10 dernières années, quand leur financement (autorisation d'engagement PHRIIP) a été quasiment multiplié par 6.

Cette tendance à la hausse est un indicateur très positif mais qui reste à nuancer à l'échelle internationale. La France occupe le 25^{ième} rang des contributeurs et 0.8% des travaux réalisés à l'échelle mondiale.

2/ A PROPOS DU RESEAU RECHERCHES ET INNOVATIONS PARAMEDICALES DU GIRCI GRAND OUEST

Katty GUINOISEAU, CDS coordinatrice au CHU d'Angers, a mis en avant le travail réalisé en réseau sur le territoire GIRCI-GO pour y soutenir et y développer la recherche clinique. Mis en place en 2017 et coordonné par le CHU d'Angers, ce réseau a pour objectif principal de promouvoir l'implication des professionnels paramédicaux dans la recherche sur le territoire du GIRCI-GO, avec un objectif commun : améliorer la qualité des projets de recherche en soins.

Elle a notamment présenté les outils mis à disposition tels que le blog en ligne au sujet de ce réseau, la mise en place des Jeudis de la recherche paramédicale, les appels à projets, la recherche de CO investigateurs et la formation.

3/ A PROPOS D'UNE EQUIPE D'APPUI A LA RECHERCHE

Sophie HAMEAU, MK PhD au CHU de Rennes, est intervenue pour présenter la genèse de l'équipe EARS ainsi que sa politique volontariste de développer et de professionnaliser la recherche en soins et santé. Concrètement l'équipe de recherche paramédicale se structure autour de 3 thématiques : les soins critiques, santé et territoire, et la réadaptation.

L'équipe d'appui à la recherche en soins a été créée en 2021 et dépend de la Direction des Soins du CHU de Rennes. Elle est composée de 4 paramédicaux et d'une coordinatrice pour un total de 2 ETP. L'activité de l'EARS repose sur 4 axes majeurs : le bilan de la recherche paramédicale au CHU de Rennes, l'activité d'accompagnement des professionnels, des actions de formation à la recherche et de l'aide dans les démarches.

4/ PARCOURS DE L'UE 28

Blandine COADIC, Directrice a proposé une intervention sur l'initiation à la recherche en Institut de Formation professionnelle MK. Ils ont notamment abordé la question de l'intérêt de s'initier à la recherche en formation MK, pour une culture scientifique, pour une profession intermédiaire entre docteur et technicien, pour répondre à de nouvelles responsabilités dans le système de santé publique...

Depuis le référentiel de formation de 2015, les étudiants en IFMK obtiennent un diplôme conférant le grade master, soit un diplôme de niveau 7 attestant de la capacité à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies alternatives pour le développement de l'activité dans des contextes complexes, ainsi qu'à évaluer les risques et les conséquences de son activité. Parallèlement, la compétence 8 du référentiel, et l'UE 28 répondent tout particulièrement à ces différents aspects depuis l'initiation à la production scientifique jusqu'à l'expérimentation de la mise en œuvre d'un projet de recherche.

5/ PROJET DE THESE : LEVIERS ET CONTRAINTES, PERSPECTIVES

Thomas LECHARTE, MK au CHU de Nantes, a fait état des possibilités et perspectives permettant l'inscription des MK dans un parcours doctoral. Si l'obtention du grade master pour les nouveaux diplômés depuis 2021 facilite en théorie l'inscription des kinésithérapeutes dans un parcours doctoral. En pratique, il est souvent exigé un diplôme de master ou une expérience dans la recherche. Le financement de tels projets a également été abordé : ceux relevant d'un cadre institutionnel : le contrat doctoral, la convention industrielle de formation par la recherche, CIFRE au sein des entreprises, COFRA dans la fonction publique d'état ; ceux hors cadre institutionnel : le financement par des appels à projets (direction générales de l'offre de soins, fondations), la création de postes spécifiques par des établissements (poste de doctorant sur trois ans), l'autofinancement par la réalisation d'un travail de thèse à temps partiel, ou une combinaison de ces différents dispositifs. Le devenir post-thèse des kinésithérapeutes ouvre un large champ des possibles dans les domaines de l'enseignement, de la recherche et de la clinique.

Dans l'attente d'un statut de bi-appartenance, ces solutions individuelles permettent plus ou moins facilement de combiner les trois missions d'enseignement, de recherche et de clinique.

Matthieu Guemann, président de la SFP et Jean Signeyrolle, past Directeur d'IFMK, sollicités en grands témoins, ont conclu cette première partie d'après-midi. Un prochain KINESCOPE recueillera et rapportera leurs témoignages.

Pour clôturer cette journée Philippe STEVENIN, MK, Dr.ès Lettres et Sciences Humaines a abordé le sujet de **L'INNOVATION AU SERVICE DE L'ACCELERATION SOCIALE**, en posant la question suivante :

L'innovation est-elle le moteur d'un changement social apocalyptique et merveilleux ?

Les innovations sont omniprésentes à notre époque et aucun domaine n'y échappe. Ces nouveautés, porteuses de changement, de progrès contribuent à un mouvement permanent. Innovation, changement progrès... Cette question en soulève d'autres : *Innover c'est contribuer à l'accélération d'un changement du monde qui peut à la fois nous dynamiser et nous inquiéter, car innover c'est aussi prendre un risque, mais une vie sans risque peut-elle exister ?*

En dehors des aspects techniques, économiques et sociétaux se pose aussi la question de l'éthique des innovations, le progrès prend-il en considération la dimension humaine ?

Et...pourquoi innover ?

L'innovation est présente depuis que l'Homme est sur Terre, motivée par le sentiment d'insatisfaction et du désir d'amélioration de sa condition. Le progrès devient ainsi « *la réalisation des utopies* » (O WILDE). L'innovation a été le moteur des révolutions industrielles, « *innover c'est tout d'abord penser et projeter sa pensée* »...c'est « *le progrès d'une pensée qui change au fur et à mesure qu'elle prend corps* » (H BERGSON).

L'accélération ?

Quant au sujet de l'accélération, P Stévenin la caractérise comme « *un ingrédient de notre monde* » et qu'ainsi « *notre espace/temps est pollué par les nouvelles technologies* ».

De l'innovation à l'accélération sociale ?

L'utilisation des nouvelles technologies passe par un apprentissage indispensable afin de pouvoir s'en servir. Elle détermine ainsi de nouveaux comportements sociaux que chacun s'approprie plus ou moins bien, plus ou moins rapidement...il y a ainsi « *une désynchronisation du temps humain et du temps technologique* » (P Virilio)

Les innovations dans le domaine de la santé ?

« *ce qui était du domaine de la science-fiction devient un fait scientifique* »... « *beaucoup d'innovation sont devenues de véritables prolongements du corps humain et contribuent à l'homme augmenté* ».

Les innovations qui questionnent la part de l'humain et notre relation au monde ?

L'être humain est perturbé face à la puissance technique « *nous perdons graduellement toute habitude à penser et réfléchir par nous-mêmes en déléguant à des machines le calcul de ce qui est bon pour nous* ». Marius Bertolucci (L'Homme diminué par l'IA, 2023) oppose ainsi le fantasme de l'homme augmenté par l'IA à la crainte de voir l'homme diminué par l'IA.

En ce qui concerne notre relation au monde, « *notre relation à l'espace s'est transformée...plus la vitesse augmente en écrasant l'espace, plus l'être humain s'isole* ».

Pour conclure son intervention et cette première demi-journée, il cite Marius Bertolucci (L'homme diminué par l'IA) « *ce ne sont pas les nouvelles technologies qui nous augmenteront, mais nous-mêmes en étant curieux de tout ce que nous ne connaissons pas encore* »

Retrouvez l'intégralité de l'intervention de Philippe Stévenin de la page 25 à la page 31 ... Pour le bureau du CNKS, Servane PRIEU

Vous souhaitez recevoir - sous réserve de son accord - un résumé ou une présentation d'un-e intervenant-e ? Adressez votre demande précise par mail à : contact.cnks@gmail.com

L'innovation : moteur d'un changement social apocalyptique et merveilleux ?

Philippe Stévenin

Nous avons la chance d'être à une époque où les innovations fleurissent à chaque instant et nous font souvent rêver. Aucun domaine n'échappe à cette profusion de nouveautés tant dans la technologie que dans le culturel, et ces propositions fréquentes de changement de mode de vie sont porteuses de dynamisme. Le changement est un signe de vitalité qui augmente la sensation forte de notre existence, changer c'est aller dans le sens de la vie qui est un mouvement permanent. Innover c'est contribuer à l'accélération d'un changement du monde qui peut à la fois nous dynamiser et nous inquiéter car innover, c'est aussi prendre un risque, mais une vie sans risque peut-elle exister ? « pour développer la vie, il faut consentir au plaisir du danger...le danger augmente la conscience de soi comme vivant 1 » nous dit Michel Onfray.



Afin d'aborder concrètement le sujet, nous allons prendre un exemple d'innovation technologique. Le plus grand salon mondial de la technologie², s'est tenu début janvier 2024 à Las Vegas. Il y a été présenté des innovations de substitution à l'énergie fossile pour créer une nouvelle source d'énergie. Une des innovations phares a été celle de l'utilisation du son ; avec 3/4 décibels on peut éclairer une ampoule électrique, répondant ainsi à la préoccupation écologique. Cette découverte technologique révolutionnaire pourrait être potentiellement à l'origine, d'une accélération du changement de comportement culturel et social. La substitution d'une énergie fossile par une énergie non carbonée peut en effet changer la donne économique et modifier les partenariats sur un plan géopolitique ; mais comme toute innovation, l'avenir dira si ce qui est vu au départ comme un bienfait, ne se transforme pas en un désastre par manque d'anticipation des différents usages possibles -comme ce fût le cas pour beaucoup d'inventions.(récemment le cas désastreux des air bag tueurs de la marque Japonaise Takata dont le boîtier générateur du gaz propulseur éclate, qui équipent des milliers de voitures).



Cet exemple d'utilisation du son, nous permet de découvrir les principaux critères de réalisation d'une innovation technologique : l'intuition, la connaissance d'un domaine pour situer la nouveauté, l'aspect économique de l'opération, les incidences sur l'environnement biologique psychologique, social... l'audace du changement. En dehors des aspects techniques, économiques et sociétaux se pose aussi la question de l'éthique des innovations, le progrès prend-il en considération la dimension humaine ?

Innovation, changement, progrès

Innover c'est, étymologiquement, mettre du nouveau dans quelque chose d'existant ; Innover c'est répondre à une nécessité de changement. Dans le passé, le changement apparaissait facilement comme un accident, aujourd'hui, quels qu'en puissent être les affres et le coût, il tend à s'imposer comme un moteur, un facteur de développement et de progrès. Toutefois il semblerait que le mot progrès lui-même serait pour Etienne Klein moins utilisé depuis 2007 que par le passé, au profit du terme innovation.

Cette substitution de mots pourrait-être la conséquence d'un remplacement des valeurs et d'une imprévisibilité de la société. Car en passant du mot progrès, qui suppose une amélioration aussi bien sur le plan technique que sur le plan humain, au terme innovation on tend à limiter le sens du progrès à ses seuls aspects matériels et économiques et à en évacuer toute dimension morale ou sacrée.

Pourquoi innover ?

La nature humaine a pour caractéristique l'insatisfaction, qui se trouve à l'origine du désir d'amélioration sa condition. Cette insatisfaction est génératrice du désir d'innover qui correspond à un désir d'être, d'exister, et qui à défaut de trouver une solution dans une transcendance, se reporte sur le besoin d'avoir, de posséder. L'innovation a toujours été présente depuis que l'homme est sur terre, c'est une condition de sa survie, dans un environnement hostile, pour lequel son équipement naturel reste insuffisant pour exister de façon durable. L'homme face à cette fragilité complète l'évolution grâce à sa capacité d'invention et d'innovation, qui lui ont ainsi permis de perdurer et d'accroître sa démographie. L'absence d'innovation signifierait son déclin. Innover n'est pas spécifique de l'humain mais l'amplitude des innovations dont il a su faire preuve est unique dans le monde animal ³. L'innovation s'inscrit dans la perspective d'améliorer le bien-être physique et mental, et de participer au développement socio-économique. Il y a une part de rêve dans l'innovation, Oscar Wilde disait à ce propos que le progrès est la réalisation des utopies. L'innovation sert à rester dans le présent, à moderniser sans rupture vraie avec le passé, en ajoutant des processus découverts par hasard ou par la science aux savoirs faire existants. Le passé n'est pas renié, il sert de promontoire au futur. Il en a été ainsi pour se nourrir, se réchauffer, se vêtir, se soigner et devenir une personne reconnue performante. L'innovation cependant n'est pas uniquement source de plaisir et de bonheur, elle est aussi utilisée pour le pire : la guerre et la destruction. Ainsi nous pouvons dire avec Paul Virilio que l'innovation contribue à l'accélération du changement social d'un monde apocalyptique et merveilleux.

Les innovations, moteurs des révolutions industrielles

Après avoir vécu des centaines d'années avec des rythmes : l'alternance jour-nuit, les saisons, la marche, nous sommes rentrés avec l'ère post-industrielle et la modernité dans une accélération technique et sociale. Nous sommes passés d'un temps rythmé par les saisons, les pratiques agricoles, les pratiques culturelles à une mondialisation où la compression du temps et de l'espace ont supprimé les rythmes et les pauses. Le temps a pris le pas sur l'espace du fait de la vitesse des moyens de transport : le train, l'automobile, l'avion, ont réduit le temps pour effectuer des distances importantes et ont modifié notre perception du monde. La révolution des transports amenait les hommes au monde, la révolution des transmissions amène elle, le monde aux êtres humains ⁴. Nous avons vu se succéder plusieurs révolutions industrielles ⁵ : dans les années 1780 : la révolution de la vapeur, dans les années 1880 : la révolution de l'électricité et du moteur à explosion. C'est à partir de cette même période 1880, que se démultiplie le nombre d'innovations, époque à laquelle Alexander Graham Bell inventait le téléphone, où Thomas Edison brevetait son ampoule électrique, et où Joséphine Cochrane songeait à ce qui est peut-être l'idée la plus brillante de tous les temps – le lave-vaisselle. Enfin dans les années 1980 débute la révolution de l'informatique. Dans le monde entier, les deux derniers siècles ont connu une croissance exponentielle en termes de population et de prospérité.



Le processus d'innovation

Innover c'est tout d'abord penser et projeter sa pensée.

L'innovation est possible grâce à notre faculté de penser. « Le rêve ne fabrique pas une réalité de substitution, il prépare la personne à la saisie inventive du monde (6) ». C'est à partir de notre ressenti, provenant de ce qui nous environne, que nous prenons conscience de notre existence et la parole nous sert à nommer les choses. La ré-évocation par la mémoire nous permet, par les jeux de mots que l'on peut assembler tel un kaléidoscope, d'élaborer de nouvelles constructions mentales pouvant se traduire concrètement par des innovations. L'écrit accentue la capacité de mémoire en l'externalisant ; ce qui est écrit peut être retrouvé et retravaillé, l'innovation s'appuie ainsi sur la trace pour créer une nouvelle idée. A la différence d'un puzzle (mot qui signifie confusion, embarras) dont le résultat est déjà connu d'avance, et qui consiste en une recomposition, l'innovation c'est « le progrès d'une pensée qui change au fur et à mesure qu'elle prend corps »(7).



Ainsi innover est un mouvement qui ne cesse pas de se renouveler. La créativité nécessaire à l'innovation est liée à une liberté d'esprit qui pour une part est disponible chez tous les individus et, pour une autre part plus importante est le fruit d'un entraînement de préférence en groupe. La science apporte des informations qui nourrissent l'inventivité des innovateurs. La réponse, originale et pertinente à un problème, envisage l'objet dans un contexte et non de façon isolée ; l'innovation suppose un échange avec l'Autre pour recomposer les idées de chacun en un tout qui est à l'origine d'une nouvelle identité.

Avec les problèmes climatiques, l'utilisation de la silice chauffée à haute température pour la fabrication du verre questionne la dépense énergétique de transformation. Des chercheurs d'une université Chinoise ont pu créer un verre transparent à base de bambou, végétal qui contient entre 70% et 95% de silice naturelle et moins consommatrice d'énergie.

De la compétition à l'accélération

Innover permet à chacun d'être lui-même y compris pour des actes triviaux et d'être reconnu par les autres. Mais la reconnaissance sociale est éphémère, elle ne dure que dans la mesure où vous êtes capable de renouveler la performance, sans compter que d'autres sont sur les rangs, prêts à vous montrer que vous êtes dépassé. Afin de rester performant, il est nécessaire de s'adapter et de répliquer (8) à l'environnement en modifiant notre rythme de fonctionnement. La compétition est un facteur important dans tous les domaines de la société, elle est la principale force d'accélération du changement social.

Pour être gagnant dans cette compétition il faut être le plus rapide et la capacité d'innover est fondamentale pour survivre dans l'économie de marché. Nous sommes rentrés dans une société où le rapport au temps impose une vitesse accélérée pour faire les choses et même pour parler.

La rapidité a pris plus d'importance encore avec les supports techniques actuels de communication et surtout depuis l'utilisation du numérique, de l'intelligence artificielle et des réseaux sociaux. Les techniques nous font aller de plus en plus vite comme si on faisait « la guerre au Temps ». L'accélération est devenue un ingrédient de notre monde.

Nous pouvons dire que le rapport espace/temps est « pollué (9) » par les nouvelles technologies. Il s'agit d'une pollution des distances, tout est là instantanément, tout est médiatisé et c'est une forme de pollution de la relation par des médias dont on ne sait plus si les contenus véhiculés sont de l'ordre de l'information ou de l'endoctrinement. Quelque chose se perd du temps pris pour se cultiver, tout arrive à domicile, le télétravail, l'interactivité. Il n'y a plus d'aventure sauf pour quelques individus, passionnés et passionnants, qui vont, par exemple, prendre des photos de la panthère des neiges dans l'Himalaya.

Le changement est devenu indispensable pour vivre, il faut sans cesse être dans la logique paradigmatique du « Re-Faire 10) », l'activité est devenue une drogue, son arrêt c'est le néant. Mais l'action est aussi synonyme de liberté et l'homme n'est pas libre s'il n'agit pas ; ainsi innover est une preuve de sa liberté.

De l'innovation à l'accélération sociale

Pour utiliser les nouvelles technologies il est indispensable d'apprendre à s'en servir afin de créer de nouveaux automatismes intégrés à notre quotidien. L'utilisation de ces techniques nécessite l'acquisition d'un « savoir que les sujets ne réfléchissent pas. Ils en témoignent sans pouvoir se l'approprier. Ils sont finalement les locataires et non les propriétaires de leur propre savoir-faire. (11) ». Ces pratiques modifient notre rapport au temps, elles déterminent de nouveaux comportements sociaux : exemple le smartphone, internet.



La maîtrise des savoirs faire pour utiliser ces appareils est peu commode, source de perte de temps, et facteur d'impatience pour les populations qui n'y ont pas été familiarisées. A défaut de s'approprier ces nouvelles techniques nous nous excluons d'une société et acceptons de ne plus être de notre temps, mais nous subissons aussi le rejet, car l'inadaptation n'est pas bienvenue. Afin de ne pas être considéré comme un « ancêtre » il faut être plus rapide, il faut parler et marcher plus vite, il faut s'inscrire dans cette transformation culturelle. ... celui qui ne s'engage pas dans un effort permanent de réactualisation se condamne à voir son langage, ses vêtements, sa connaissance... sombrer dans l'anachronisme (12).

Il y a une désynchronisation du temps humain et du temps technologique. (13) Toute activité vit cette accélération (y compris la musique : le mot « jazz » semble provenir d'une expression argotique désignant la « vitesse ». Les formes musicales modernes ont été interprétées comme des reflets du rythme haletant de la vie urbaine moderne (14). Nous assistons à « une accélération des vitesses de l'innovation culturelle et sociale ». Le partage des savoirs qui se réalisait sur plusieurs générations s'est trouvé en obsolescence et a cédé d'abord à la génération suivante puis à l'instantanéité offerte par internet. Nous avançons avec les technologies nouvelles vers « l'ubiquité » (capacité d'être présent partout à la fois), l'instantanéité (15).



Le rythme de vie subit lui-aussi une forme d'accélération « Dans la modernité, les acteurs sociaux ressentent de manière croissante qu'ils manquent de temps et qu'ils l'épuisent » (16). Le temps devient un consommable. Tout faire, n'est pas possible sur la durée, alors nous éprouvons un sentiment d'urgence, de stress...

A l'âge de l'accélération le présent tout entier devient instable, nous assistons à l'usure et à l'obsolescence rapide des métiers, des objets courants, des programmes politiques, des personnes, de l'expérience, des savoir-faire. Mais cette accélération est porteuse aussi de dynamisme, d'enthousiasme, le sentiment d'accéder facilement aux savoirs et à des conditions de vie plus confortables nous font apprécier les bienfaits des innovations technologiques.

Dans le domaine de la santé. Beaucoup d'innovations sont devenues de véritables prolongements du corps humain et contribuent à « l'homme augmenté ». En termes de santé aussi les progrès modernes dépassent les plus folles prédictions de nos ancêtres. ... « Nous vivons à l'ère où se réalisent les prophéties bibliques. Ce qui aurait semblé miraculeux au Moyen Âge est aujourd'hui banal : l'aveugle retrouve la vue, les infirmes peuvent marcher, les morts sont presque ressuscités. Prenez l'Argus II, un implant cérébral qui restaure partiellement la vue à des personnes souffrant d'une maladie génétique des yeux. Ou le Rewalk, une paire de jambes robotiques qui permet à des paraplégiques de marcher de nouveau.(17) »

Ce qui était du domaine de la science-fiction devient un fait scientifique. La création d'un double virtuel de l'homme (jumeau numérique) favorise les essais thérapeutiques sans recours à des cobayes. (Dassault Systèmes)

Impacts culturels et sociaux de l'accélération sociale

Les multiples expériences possibles qui s'offrent à nous s'accroissent à une vitesse folle. C'est pourquoi les individus ont tendance à privilégier des activités engendrant des petites satisfactions à court terme qui procurent une satisfaction immédiate pour un investissement de temps et d'énergie minimal ; à l'opposé, les actions qui ne portent leur fruit que dans des conditions stables à long terme sont délaissées.

Nietzsche dans « Considérations inactuelles » affirmait déjà que l'accélération, la fluidification et la dissolution des conditions et convictions existantes ...qui constituent le principe de base de la culture moderne. Nietzsche croyait apercevoir dans ce développement les germes du déclin et de la décadence !



Des innovations qui questionnent la part de l'humain
Perturbations de l'humain face à la puissance de la technique
Ces machines auxquelles nous faisons confiance de façon aveugle peuvent devenir des esclaves rebelles lorsqu'elles échappent à un contrôle constant, évoquant par leur excès le mythe du Golem¹⁸. « Le sentiment d'humiliation de l'être humain face à la puissance des moyens techniques qu'il conçoit et qu'il met en œuvre...appelé par Gunther : la Honte prométhéenne. »(19) Nous perdons graduellement toute habitude à penser et à réfléchir par nous-mêmes en déléguant à des machines le calcul de ce qui est bon pour nous ».

Marius Bertolucci oppose au fantasme de l'homme augmenté la crainte de voir l'homme diminué par I.A. (20) Avec les « cannes numériques (21)» et l'I.A. (Intelligence Artificielle), Il y a une disparition de l'imagination qui pose la question de savoir si on a encore la capacité d'imaginer. On n'a jamais été aussi seul que devant l'écran de sa « tétine numérique ».

On assiste à un « Individualisme de masse (22) ». Il y a une puissance de conditionnement de la pensée. Pour Laurent Alexandre, l'homme devient incompetent face aux ordinateurs. L'innovation contribuerait à la transformation de l'humain et peut-être également à sa déshumanisation au travers de certaines innovations !

Relation au monde

On peut constater de même que notre relation à l'espace s'est transformée du fait de l'accélération des transports, notre relation aux êtres humains, dans une large mesure a subi une véritable révolution ; plus la vitesse augmente en écrasant l'espace, plus l'être humain s'isole. En se rétrécissant notre univers tend à diminuer notre angle de vue, dont la référence dominante devient celle de la seule majorité. Notre capacité de critiquer et de s'opposer se réduit rapidement. Les trois formes d'accélération, technique, sociale et du rythme de vie, ont contribué à transformer notre relation au monde. Il se produit un vieillissement perpétuel et une obsolescence qui conduit à jeter et remplacer plutôt qu'à réparer (23).



L'accélération crée le sentiment de déconnexion du monde (le monde devient « silencieux »). (24) La structure familiale elle-même n'échappe pas à cette transformation : le compagnon d'une partie de la vie remplace aujourd'hui le conjoint pour la vie, le mariage gay...sont autant de traductions du désir de changement qui concerne les objets et les mœurs des hommes. L'homme contemporain remonte désespérément une pente qui s'effondre (autre forme du mythe de Sisyphe). Le sentiment de courir de plus en plus vite sans jamais aller nulle part et la dévalorisation du travail conduisent au burn-out.

Le progrès technique ouvre les portes de l'imaginaire jusqu'à questionner la vie de l'homme et la durée de son passage sur terre. Certains croient qu'avec les nouvelles technologies l'immortalité serait envisageable c'est l'option transhumaniste du progressisme. Les nouvelles technologies en apportant du confort, contribuent aussi à une diminution de l'activité physique.

Ces mêmes technologies servent aussi à maintenir un équilibre physique et esthétique. « Nous courons aussi vite que possible pour rester à la même place » les tapis de course des instituts de fitness illustrent la marchandisation d'une activité aussi élémentaire que la course à pied ; le client du fitness a un écran au-dessus du tapis de course le CD dans les oreilles, l'appareillage de mesure du rythme cardiaque et de la pression sanguine le regard vissé sur le chronomètre, la mobilité qui n'avance pas est ici mis en scène de manière rituelle.



Le temps pour le coureur qui court sans but, s'étire à l'infini (le temps qui ne cesse de se contracter se dilate pour une fois) chaque minute supplémentaire arrachée au tapis de course est célébrée comme un triomphe personnel, comme un gain de temps et peut être vécue par le coureur comme une revanche sur le temps.



Conclusion

La mère de toutes les valeurs est la curiosité, puisqu'elle entraîne dans son sillage toutes les autres. « Ce ne sont pas les nouvelles technologies qui nous augmenteront, mais nous-mêmes en étant curieux de tout ce que nous ne connaissons pas encore »(25).



Prospective : si jusqu'à présent plus rapide était synonyme de meilleur, il se pourrait tout à fait que, dans la société de la modernité tardive, la lenteur devienne une marque de distinction, il est nécessaire de redonner une rythmologie, réapprendre les « tempo ».

Il faut retrouver une liberté du corps à la façon de Nietzsche qui écrivait en dansant.

Comme le philosophe John Ruskin l'écrit dans Les Pierres de Venise (1851 53) : « Les hommes ne [sont] pas destinés à travailler avec la précision des outils, à être précis et parfaits dans toutes leurs actions. Si vous voulez leur donner cette précision et faire en sorte que leurs doigts mesurent des degrés comme des roues dentées ou que leurs bras tracent des courbes comme des compas, vous devez les déshumaniser ».

1 Michel Onfray, la construction du surhomme, Ed. Grasset, 2011.

2 Consumer Electronics Show

3 La loutre en cassant avec une pierre les coquillages sur son abdomen illustre la capacité d'innovation animale.

4 Hartmut Rosa, Accélération, p.128

5 Christian Saint Etienne, Colloque : perspectives économiques européennes et Françaises 2024/2025, Mai 2024.

6 Tobie Nathan, La nouvelle interprétation des rêves, Ed. Odile Jacob, 2011.

7 Henri Bergson, Idem, p.782

8 Henri Laborit

9 Paul Virilio

10 Edgard Morin, Re paradigmatique

11 Michel de Certeau, L'invention du quotidien, Arts de faire, Ed. Gallimard, Folio Essais, 1990, p. 111.

12 Idem p.148

13 Paul Virilio

14 Hartmut Rosa p.57

15 Paul Virilio, Avoir raison avec P. Virilio, France Culture 31 Aout 2021.

16 Hartmut Rosa, Accélération, Ed. La découverte, 2011, p.25

17 Rutger Bregman, Utopies réalistes, Ed. Seuil ? 2017

18 Paul Virilio

19 Gunther Anders

20 Marius Bertolucci, L'homme diminué par IA, Ed. Hermann

21 Paul Virilio

22 idem

23 Hartmut Rosa, p. 133.

24 Mélanie Pénicaud : Docteure en anthropologie, Université de Poitiers 6

25 Marius Bertolucci, L'homme diminué par IA, Ed. Hermann

JNKS 2024 matinée du 26 septembre dédiée aux différents champs disciplinaires.

1^{ère} partie : domaines **OSTEO ARTICULAIRE, NEURO-MOTEUR & CARDIO-RESPIRATOIRE**
Servane PRIEU, pour le bureau du CNKS

1/ OSTEO ARTICULAIRE : Bilan morphostatique dans le défilé thoraco brachial.

Sandrine QUIGUER, Noémie LABRE et Véronique ROUZIOUX MK et Elise Olivier, toutes trois MKDE au CHU de Nantes (44), nous ont présenté leur expérience/innovation qui a bousculé leur pratique et leur façon d'aborder cette pathologie et les problématiques liées aux soins en y amenant une démarche scientifique cadrée. Devant l'absence de consensus quant à la prise en charge rééducative de ce syndrome, divers essais de prise en charge au sein du pôle Médecine Physique Réadaptation (MPR) ont été initiés au CHU de Nantes. La formule la plus adaptée pour les patients atteints de SDTB s'est avérée être une rééducation intensive en hospitalisation conventionnelle. Un ensemble de bilans associés à un travail interdisciplinaire au sein du service a permis de mettre en œuvre un protocole pluri professionnel sur 3 semaines. Le fil conducteur du séjour est basé sur les principes de rééducation du SDTB sélectionnés en équipe en insistant sur l'autonomisation du patient, le rendant acteur de sa rééducation.

2/ NEURO MOTEUR : Rééducation après chirurgie de réanimation du membre supérieur

Marine BELLEIL et Julie POTTEEUW, toutes les deux MK au CHU de Nantes (44), ont exposé au cours de leur intervention, deux exemples de chirurgie de réanimation du MS du patient tétraparétique. Le premier concerne la réanimation de l'extension de coude via le transfert du deltoïde postérieur et du fascia lata sur le tendon du triceps brachial. Le second traite de la réanimation de la pince active pousse index et du grasp actif via le transfert du brachio radial sur le long fléchisseur du pouce. Elles ont ensuite décrit les protocoles post opératoire inhérents à chacune de ces interventions ; ainsi que les gains fonctionnels pour le patient. Ces chirurgies sont suivies de 3 mois de rééducation intensive post-opératoire, durant lesquels le MK réalise 3 séances quotidiennes de rééducation. Leur intervention a également fait l'objet d'un poster intitulé « Rééducation après chirurgie de réanimation du membre supérieur ».

3/ CARDIO RESPIRATOIRE : Désencombrement bronchique d'un patient tétraparétique en phase aigüe.

Herveline CRESTIN et Catherine CHAUVIN, toutes les deux MKDE au CH de Saint Nazaire, ont proposé une intervention au sujet de la détresse respiratoire aigüe chez le patient tétraplégique. Au sein de l'Unité de Soins Continus (USC), du Centre Hospitalier de Saint Nazaire, les kinésithérapeutes sont appelés à intervenir auprès de ce type de patient sur prescription médicale. La PEC proposée est interdisciplinaire. Elles ont ainsi exposé la démarche de soins kinésithérapiques effectués auprès du patient, les objectifs kinésithérapiques, les techniques avec le matériel utilisé, les réglages des appareils employés et le résultat de cette séance kinésithérapique. Elles ont conclu en mettant en avant l'intérêt d'un binôme de kinésithérapeutes pour assurer ces PEC, avec la perspective d'acquisition mais également de valorisation des compétences.

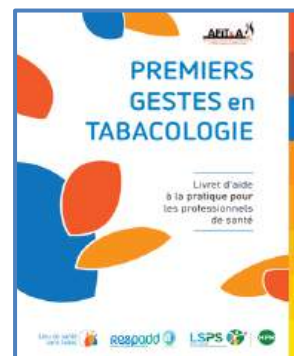
4/ CARDIO RESPIRATOIRE : Evolution de la prise en soins des patients Muco depuis la trithérapie : outil d'ETP.

Elisabeth HERBERT MKDE, Claire DARY MKDE et Gaëlle RICAUD EAPA, ont présenté leurs travaux à propos de la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose depuis la trithérapie au CRCM adulte du CHU de Nantes. Elles ont notamment exposé la trithérapie (Kaftrio®) qui a été administrée à près de 85% de leurs patients avec pour effet une très nette amélioration de leur état respiratoire. Elles se sont ainsi questionnées à propos du changement de prise en charge initié par les patients afin d'alléger ou modifier leurs soins. Pour cela elles ont élaboré un questionnaire au sein du CRCM pour le suivi des patients mis sous Kaftrio®. Ces différentes interrogations ont permis aux équipes (MK et EAPA) d'adapter leur PEC aux nouveaux besoins des patients atteints de mucoviscidose, en passant d'un accompagnement basé sur une symptomatologie majoritairement respiratoire, vers un accompagnement davantage basé sur la prévention, en lien avec les bénéfices de ce nouveau traitement et les attentes des patients. Elles ont notamment mis en avant le renforcement du travail interdisciplinaire à travers la création de nouveaux outils et de nouvelles séances d'ETP communes.

5/ CARDIO RESPIRATOIRE : Tabacologie, prévention et prescription.

Nathalie DENIS, IDE tabacologue du CHU de Nantes, est intervenue en présentant l'unité de tabacologie du CHU. Elle a rappelé le rôle des MK en tant qu'acteurs du soin (via la prescription de substituts nicotiniques) et accompagnants des patients au cours de leur sevrage tabagique. Après avoir fait un rappel sur l'évaluation des besoins nicotiniques du patient ainsi que sur la posologie des différents substituts, elle a notamment rappelé qu'il n'existe aucune contre-indication aux substituts nicotiniques. Le risque demeurant le sous-dosage, car il rend le traitement inefficace.

Pour davantage d'informations, consultez l'ouvrage suivant :



6/ CARDIO RESPIRATOIRE : Réadaptation cardiaque : quelle(s) évolution(s)

Servane PRIEU, CDSMK au sein de l'Hôpital Léon Bérard et membre du Bureau du CNKS a présenté les évolutions de la PEC des patients porteurs de pathologies cardiaques.

Si le concept de réadaptation cardiaque reposant sur l'exercice physique proposé et adapté au patient, associé à une PEC interdisciplinaire synonyme de prévention médicamenteuse, d'éducation thérapeutique du patient, de sevrage tabagique, de suivi diététique, de gestion du stress et également d'accompagnement au retour à la vie professionnelle est relativement récent ; il aura fallu de nombreuses années avant que l'exercice physique ne fasse consensus dans le traitement des pathologies cardio-vasculaires.

Il faudra attendre la fin des années 70 /début 80 pour que le réentraînement à l'effort soit considéré comme bénéfique de manière précoce en post aigu ; 1997 pour les premières publications de recommandations au sujet de la réadaptation cardiaque de l'adulte par la SFC. A ce jour, les preuves scientifiques de ses bénéfices et une littérature de plus en plus étayée est disponible pour démontrer clairement la plus-value d'une telle prise en charge. La réadaptation cardiaque bénéficie de recommandations internationales de grade I A.

*Vous souhaitez recevoir - sous réserve de son accord - un résumé ou une présentation d'un-e intervenant-e ?
Adressez votre demande précise par mail à : contact.cnks@gmail.com*

II^{ème} partie de la matinée consacrée au domaine de la réanimation

1/ REANIMATION : Recherche « PaFiKinESAP »

Aurélie OUDIN ROTH, MKDE au CHRU de Nancy, a présenté l'étude PaFiKinESAP, au sujet de la relation entre la variation relative du rapport pao_2/fio_2 et la variation du score d'aération pulmonaire (SAP) lors de la première séance de prise en charge masso-kinésithérapique associée à la ventilation non invasive chez le patient opéré cardiaque sous circulation extra-corporelle. Au cours de cette intervention elle a notamment retracé son parcours depuis l'émergence de son sujet de recherche en mars 2021 jusqu'à l'autorisation de débiter l'étude en juin 2023. Elle aborde notamment la question de l'évaluation du patient en post opératoire de chirurgie cardiaque à travers des outils valides, disponibles, fiables, reproductibles et accessibles au MK. La question de recherche est donc la suivante : « existe-t-il une relation entre la variation relative du rapport PA/fio_2 et la variation du SAP au cours de la première séance MK + VNI le lendemain matin de la chirurgie cardiaque sous CEC programmée ». Elle a ainsi exposé l'objectif principal ainsi que les objectifs secondaires de cette recherche et détaillé le schéma de la recherche à travers un travail d'équipe pluridisciplinaire.

2/ REANIMATION : Recherche « Nutriréa 4 »

Emeline CORBIN MKDE et Stéphanie Wojciechowski, CDS diététicienne, du CHU de Nantes, ont présenté l'étude Nutriréa 4, la première qui allie nutrition et réhabilitation. Elle a pour objectif principal d'évaluer l'impact d'un programme de réhabilitation précoce et prolongé combinant nutrition et activité physique personnalisées sur le devenir de patient en état de choc, traité par ventilation mécanique et catécholamines. Il s'agit d'un essai multicentrique randomisé et contrôlé. Pour les kinésithérapeutes il s'agit d'objectiver la plus-value d'une PEC précoce personnalisée et poursuivie jusqu'à la sortie de l'hôpital ; puis relayée par une PAC APA pendant 3 mois après la sortie de l'hôpital. Pour les diététiciens il s'agit d'objectiver la plus-value d'une PEC nutritionnelle précoce personnalisée et d'un suivi diététique poursuivi jusqu'à la sortie de l'hôpital puis relayé par une PEC diététique par téléconsultation pendant 3 mois après la sortie de l'hôpital.

3/ REANIMATION : Kinésithérapeute en réanimation : évolution du métier

Guillaume FOSSAT, MK au CHU d'Orléans, est intervenu pour présenter une rétrospective et un état des lieux à propos de l'évolution de la réanimation et la place du kinésithérapeute en soins critiques. Les premières traces et prémices de la mobilisation précoce apparaissent dans la littérature en 1899. Cette activité est notamment documentée dans les années 40, en lien avec la seconde Guerre Mondiale et la création du métier de masseur-kinésithérapeute. On retrouve des écrits jusqu'au milieu des années 70 puis c'est le quasi néant autour de ce sujet jusqu'au début des années 2000. Les patients sont-ils trop « graves » ? Le temps soignant est-il insuffisant ? La sédation trop importante ? Ou est-il plus « facile » de traiter un patient qui dort ? Au début des années 2000, des questions se posent autour de la conduite du sevrage de la ventilation mécanique. Le décret du 5 avril 2002 mentionne que « l'établissement de santé doit être en mesure de faire intervenir en permanence un MK justifiant d'une expérience attestée en réanimation ». En 2011, la SKR publie le référentiel des compétences et d'aptitudes du masseur kinésithérapeute de réanimation en secteur adulte. En 2024, le kinésithérapeute de réanimation assure une prise en charge interdisciplinaire et globale du patient et participe à la réhabilitation précoce, à la formation, à la recherche, au suivi poste réa, au sevrage ventilatoire et aux décisions d'équipe.

Vous souhaitez recevoir - sous réserve de son accord - un résumé ou une présentation d'un-e intervenant-e ?
Adressez votre demande précise par mail à : contact.cnks@gmail.com

JNKS 2024 après-midi du 26 septembre dédiée à **Attractivité et/ou Fidélisation**

Yves Cottret, pour le bureau du CNKS

Les résumés des communications. [**Devenir salarié : retour d'enquête CNKS - FNEK** Véronique Grattard, CSS MK, CHU Besançon (25) ; **Tutorat et au delà** Antoine Guimard, manipulateur radio, CHU Nantes (44) ; **Retour d'expérience au CH de Saint Quentin Anne Marquais**, MK (02) ; **Ratios ou effectifs ... ajustés ou ajustables : PARAgDIM(s) dont CARE'S TIME** Cécile Kanitzer, CGS CH Chinon (...) ; **Complémentarité d'encadrement** Sabine Hamlin, CDS Diététicienne & Julien Allender, Coordonnateur MK, CH St Nazaire ; **Cadre de "proximité" : représentation(s) & réalités ?** Stéphanie Gentil **, Université Nantes, Aurélie Audouit **, CSS, & Stéphanie Bassu CDSMK, CHU Nantes (44) ; **Métiers d'hier et de demain carrière curriculaire en question(s)** Pierre-Henri Haller, CSSMK APHM (13), Président du CNKS & Muriel Peltier CSSMK CHU Nantes (44)] seront à retrouver dans KINESCOPE n°35 à paraître courant janvier 2025.

KINESCOPE n°34 publie ci-après la communication d'Eric Roussel,
DRH au CH de Lorient, past kinésithérapeute, past CDS et CSS, past DS,



ÊTRE HOSPITALIER ... ?

Poser cette question c'est à la fois l'occasion pour quelqu'un qui a un peu bourlingué dans les hôpitaux de se demander après quoi il court depuis plusieurs décennies, et de tenter une mise en perspectives de quelques difficultés vécues aujourd'hui par l'hôpital. La démarche est à la fois implicative, en ce sens qu'elle interroge mon propre parcours, et explicative dans une volonté de dégager quelques axes de compréhension d'une dégradation perçue du service rendu par l'hôpital à la population.

Il y a sans doute plusieurs manières d'aborder ce sujet et j'ai choisi ici de le questionner au travers de deux notions (je n'ose pas parler de concepts) qui lui sont, nous le verrons, liées, à savoir l'autonomie et l'expertise. C'est en travaillant un peu l'étymologie et en convoquant des représentations possibles de l'hôpital, l'autonomie et l'expertise que l'on peut tenter cette triangulation. Voici le chemin que je vous propose aujourd'hui.

Quid de l'hospitalier et de l'hôpital ?

Le mot hospitalier est emprunté au latin médiéval hospitalarius, « religieux d'un ordre hospitalier », qui vient de « hospitalis » et « hospes » en latin classique qui signifie **l'étranger et l'hôte**.

Est hospitalier celui qui pratique volontiers l'hospitalité, qui est accueillant et pourvoit aux besoins de l'homme, y compris celui qui est en difficulté. Par exemple « Les Hospitaliers sauveteurs bretons », est le nom donné à une association créée en 1873 à Rennes et regroupant des sociétés bretonnes de secours en mer. C'est devenu aujourd'hui la société nationale de sauvetage en mer (S.N.S.M).

Hospitalier se disait également de certains ordres religieux militaires et charitables, fondés au Moyen Âge pour accueillir, soigner et défendre les voyageurs, les pèlerins, les malades et les indigents. L'hôpital est alors un endroit où l'on est hébergé et où l'on se ressource pour mieux repartir sur le chemin de son pèlerinage ou de son voyage. C'est un lieu de passage où l'on accueille l'étranger et on le laisse repartir.

Aujourd'hui hospitalier est régulièrement relatif aux hôpitaux et structures médico-sociales, qu'ils soient publics ou privés et c'est bien ce périmètre que nous évoquons aujourd'hui.

Au travers de cette première approche nous voyons se dessiner une tension possible entre le fait d'accueillir, protéger, soigner l'autre (l'étranger) et lui permettre de poursuivre son voyage, son périple et son chemin selon son projet. **C'est bien une tension entre secourir et assister d'une part et mettre en place les conditions de l'autonomie de l'autre**, à laquelle nous pouvons être confrontés voire insidieusement encouragés par l'ensemble des acteurs concernés y compris le patient. Cette tension c'est le quotidien des services d'urgences, des secteurs de moyens séjours mais aussi des courts séjours.

Mais qu'est-ce que l'autonomie ?

Il est alors utile de s'interroger sur cette notion complexe qu'est l'autonomie. Etymologiquement le mot, qui vient d'autonome (autos - soi-même et nomos – loi), est emprunté du grec ancien autonomia qui signifie la possibilité de s'administrer librement **dans un cadre déterminé**.

Parallèlement les définitions sont nombreuses et parfois en contradiction. Relisons celle-ci : « Est autonome celui ou celle qui est capable d'agir sans dépendre d'autrui, de se décider par soi-même ; qui jouit d'une certaine liberté d'action ». Ce qui interroge ici c'est la réalité d'une action indépendante d'autrui. Est-il réellement possible d'agir indépendamment d'autrui ? Mais aussi cette « certaine liberté » qui suggère qu'elle n'est ni entière, ni de plein exercice.

En effet pour qu'un individu agisse il faut deux conditions. Premièrement qu'il décide d'agir, ce qui est fondé sur un système de valeurs activées à un instant donné. Et qu'il en ait le pouvoir, c'est-à-dire les moyens en termes de connaissances et de matériels, de moyens.

En effet la décision d'agir, propre à la personne autonome, repose toujours sur un référentiel fait d'expériences, de savoirs, de croyances et d'hypothèses sur les effets de cette action. De même c'est la récursivité de nos actions avec leurs effets qui modifie en permanence notre référentiel et possiblement nos futures actions. Une boucle de régulation, telle que décrite par J. De ROSNAY, est alors à l'œuvre.

Sans vouloir nécessairement la définir et l'enfermer dans un système de notions, de nombreux auteurs ont travaillé sur l'autonomie et ses liens conceptuels. Tantôt psychologue comme Jean PIAGET, tantôt biologiste comme Francisco VARELA, parfois politique ou encore sociologues comme Norbert ELIAS, Emile DURKHEIM ou Edgard MORIN, les auteurs, les travaux et les approches de l'autonomie sont multidimensionnelles. Anaïs DETHOOR et coll. distinguent les approches psychologique, fonctionnelle, professionnelle et sociale.

Bien connue des rééducateurs l'autonomie fonctionnelle est la capacité d'un individu à réaliser les activités de la vie quotidienne. En fait cette approche ne résume pas l'autonomie elle n'en est qu'une de ses composantes qui ne peut pas, seule, répondre à la question que nous posons.

L'approche sociale semble plus pertinente pour interroger une problématique sociétale. Le concept d'autonomie en sociologie pourrait désigner la capacité des acteurs sociaux à agir et à penser selon leurs propres normes et valeurs, indépendamment des contraintes extérieures. Mais de plus en plus le concept d'autonomie est aussi l'enjeu de luttes entre les différents champs sociaux (économique, politique, culturel, etc.).

C'est donc un concept controversé qui oppose ceux qui insistent sur la liberté des agents et ceux qui soulignent leur détermination par le monde social. La notion de contrôle de l'autonomie est également un sujet de débats. Débats entre les tenants du contrôle externe, sociétal fondé sur le respect de la tradition et de la discipline, et ceux, comme ELIAS et avant lui DURKHEIM, qui montrent que **le sentiment d'autonomie augmente en même temps que les contraintes et les interdépendances sociales**. Nous passons du contrôle externe à l'auto-contrôle.

Au final c'est probablement dans la confrontation à d'autres concepts que l'on peut essayer de poser une base fertile. L'autonomie n'est pas l'indépendance qui est définie comme l'état de quelqu'un, ou d'un état, qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral et intellectuel. L'autonomie n'est pas non plus l'autodétermination qui est l'ensemble des habiletés et des attitudes permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus.

On comprend donc que dans nos sociétés modernes et démocratiques, l'autonomie est, a contrario, sous l'influence de référentiels mais aussi de l'environnement spatial et temporel. En synthèse nous proposons de retenir que de plus en plus **l'autonomie est un lien de dépendance négocié**. Négociation menée à l'aide de notre histoire et de nos expériences et de notre volonté d'agir.

A propos d'expertise

Et pourquoi convoquer l'expertise dans notre questionnement ?

L'hôpital est réputé comme un lieu d'expertises où l'on vient chercher une solution à nos problèmes de santé. C'est aussi la multiplication, dont vous remarquez qu'elle ne cesse de croître de manière parfois caricaturale, des experts qui y exercent qui en font son attrait pour les patients.

Mais « si trop d'expertise tuait l'expertise ? »

Pour cela étudions en peu la notion d'expert en convoquant Jacques ARDOINO qui en 1990 analysait au sujet de la production de connaissance, les postures (comprises comme la conjonction des statuts, des fonctions et des rôles), (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant.

Pour ARDOINO si ces acteurs sociaux ont en commun « le fait d'être des intervenants, contribuant à l'élaboration des repères nécessaires à l'intelligibilité des pratiques. » ils ont des perspectives, des référentiels, des commanditaires, des modes d'intervention et des finalités différents.

L'expert est un spécialiste qui mobilise ses ressources à la « recherche de solutions » à un « problème relativement délimité ». Son intervention est brève et sa compréhension des situations est le plus souvent organisationnelle. Il répond à une commande dans les limites de sa technicité propre.

L'expert ne produit pas de connaissances nouvelles. Pour ARDOINO « il dit, ... la connaissance acquise dans son champ de compétence ». « Il énonce la connaissance actuellement disponible » et « seul le programme en vigueur est légitime ». Son objectivité attendue le rend indifférent au vécu et à sa durée et pour cela l'auteur considère qu'il y a peu de chance pour que dans son activité il accède à « une compréhension du sujet », de l'acteur.

Mais alors cette « pureté », cette objectivité, ce cadrage temporel... sont-ils compatibles avec le fait d'accompagner les patients et leurs proches qui se présentent à l'hôpital. Ces experts, qu'ils soient médecins, soignants ou autres, peuvent-ils appréhender la personne à prendre en soin dans son individualité, son histoire, son altérité et son projet s'ils se réfèrent à un plan de soins, ou pire encore, de prise en charge programmé et programmatique et dès lors, pour l'expert, légitime par définition.

Cet ordonnancement (que l'on retrouve concrètement dans l'ordonnance médicale qui est une disposition des choses selon l'ordre et la convenance), rassurant pour le malade et ses proches, et quelque part aussi pour l'expert lui-même, laisse-t-il place à l'émergence du projet du patient ? Ce dernier souvent aliéné à cette expertise recherchée va-t-il s'autoriser à construire son devenir ?

De même cette expertise internalisée laisse-t-elle la place à l'expertise externe ? Je reste par exemple surpris que la majorité des programmes d'éducation thérapeutique se fasse à l'hôpital. Cette forme de « confiscation », entretenue par la difficulté à trouver les interlocuteurs et le temps de le faire en dehors de l'hôpital, est-elle pertinente ? Ne serait-il pas plus logique de le faire dans l'environnement quotidien du patient avec ses proches ?

Bien sûr depuis près de 30 ans l'on voit de plus en plus fleurir les projets de soins partagés (plus rarement co-construits) avec les patients, parfois avec leurs proches mais moins souvent avec les acteurs de l'environnement. Plus récemment, dans la prise en soins des affections chroniques, la notion de patient expert tend à se développer, souhaitant ainsi utiliser son vécu, ses connaissances, son expérience pour s'inscrire dans son propre projet thérapeutique ou dans celui d'autres patients. Mais soyons honnête cela reste embryonnaire et ces développements se heurtent à des freins probablement inconscients pour les hospitaliers et les patients eux-mêmes. Une hypothèse de compréhension reste celle de la volonté d'assister et complémentarément de la recherche d'une assistance.

En effet **l'expertise de l'hospitalier est-elle au service du malade ou de la maladie ?** Cette question mérite d'être posée avec Marie José IMBAULT-HUART qui, au début des années 2000, posait toujours la question en rappelant qu'avec le développement de la médecine anatomo-clinique c'est la maladie qui devient le centre des préoccupations et non plus le malade « qui n'est plus que le support indifférencié ». Avec une thérapeutique, encore à l'œuvre aujourd'hui, caractérisée entre autre par... « une dévalorisation du malade personne au profit du malade cas ». Ceci faisant remonter à la surface, vis-à-vis du patient, la prééminence de la fonction d'assistance sur la fonction de soin. Représentation par ailleurs totalement intégrée par la population elle-même, qui du coup, afflue aux urgences...

N'avons-nous pas créé un système qui traite la maladie et assiste le malade ?

Comprenez-moi bien, je ne veux pas ici remettre en cause la mission d'expertise de l'hôpital et de l'hospitalier mais plutôt insister sur son recentrage sur le patient et mettre l'accent sur le nécessaire partage de l'expertise ce qui peut sembler antinomique voire autodestructeur. Si je partage mon expertise suis-je toujours l'expert auquel on se réfère ?

En fait il s'agit de permettre la construction d'une expertise complémentaire qui associée à celle de l'ensemble des acteurs concernés construit un domaine d'expertise plus fertile.

Cette orientation nécessite l'autorisation (voire l'auteurisation), celle de l'expert hospitalier qui s'autorise un pas de côté et celle du patient lui-même qui ainsi participe à la construction et l'usage des repères nécessaires à l'intelligibilité des pratiques et à la compréhension de sa situation.

Mais alors quelle nouvelle posture pour l'hospitalier ?

Entre la mise en œuvre des conditions de l'autonomie du patient et l'accompagnement de « l'auteurisation » d'un malade devenant expert, nous voyons se dessiner une nouvelle fonction et un nouveau rôle pour l'hospitalier.

Ce dernier doit permettre l'appropriation et la conscientisation de nouveaux savoirs et savoirs faire par le malade et ses proches mais aussi par les « intervenants extérieurs ». Comme l'explique J-J. BONNIOL à propos du formateur – évaluateur, il s'agit de viser des objectifs plus ambitieux de modification des pratiques, mais aussi des représentations et des attitudes face aux problèmes. Il ne s'agit plus seulement de « se contenter des apprentissages de manières de faire, mais tendre vers l'appropriation des manières de prendre les choses, de les aborder, de les prendre en compte... ».

Ainsi nous pourrions proposer les questions, somme toute banales, suivantes...

- Comment faire pour que le patient ne soit que de passage à l'hôpital ?
- Comment permettre qu'il se prenne en soins ? Si possible avant qu'il arrive à l'hôpital.
- Est-ce à l'hôpital que le patient est le mieux pris en charge ?
- Comment utiliser les savoirs du patient et de son environnement ?
- Quelle représentation de sa posture doit construire l'hospitalier ?

C'est une manière d'aborder le problème de l'hôpital et par conséquent des hospitaliers, qui est, hélas, en train de devenir l'unique réponse aux problèmes de santé en France.

Au total :

- Si l'hôpital est un lieu de passage,
- Si l'autonomie d'un point de vue social ne se conçoit plus sans prise en compte des contraintes et des interdépendances,
- Si l'expertise doit être partagée voire co-construite,
- Si le passeur, à l'instar du formateur est celui qui permet l'appropriation et la conscientisation des différentes facettes d'un problème,



**ALORS ETRE HOSPITALIER ... NE SERAIT- CE PAS
ETRE UN PASSEUR TRAVAILLANT A SON INUTILITE ?**

Références :

ARDOINO. J, (1990), Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant, In les actes du colloque de l'AFIRSE
BONNIOL. J-J, (1996), La passe ou l'impasse : le formateur est un passeur, In En question les Cahiers de l'année 1996, Cahier 1, pp 9 – 30.
De ROSNAY. J, (1975), Le macroscopie, 305 p, Ed Le Point.
DETHOOR. A, HAINSELIN. M, DUCLOS. H, (2021), Vers une approche multidimensionnelle de l'autonomie, in Revue de Neuropsychologie. 14p.
IMBAULT-THUART. M-J, L'éclairage de l'histoire, In Revue fondamentale des questions hospitalières n°1, pp 37-48.
VARELA. F, (1989), Autonomie et connaissance : Essai sur le vivant, 247p, Ed Seuil.

JNKS 2024 matinée du 27 septembre dédiée aux différents champs disciplinaires.

1^{ère} partie : domaine PEDIATRIE & GERONTOLOGIE Jules Barbier, pour le bureau du CNKS

Le dernier jour des JNKS 2024 débute avec une session sur deux territoires disciplinaires : la pédiatrie et la gériatrie. Cinq interventions se sont suivies pour nous présenter des parcours ou projets peu ordinaires ou très innovants auprès de populations spécifiques.

1) PEDIATRIE HDJ adolescent, équipe mobile douleur et soins palliatifs pédiatriques Lumir Garnier, MK, CHU de Nantes (44)

Pour débiter cette première session, Lumir Garnier, Kinésithérapeute au CHU de Nantes, nous parle d'exercice au sein de secteurs singuliers. Elle intervient en effet dans trois secteurs différents : hôpital de jour pour adolescents, équipe mobile douleur pédiatrique et soins palliatifs pédiatriques. Elle a ainsi pu nous présenter ses différentes activités ainsi que le parcours qui lui a permis de « sortir du conventionnel » comme elle le présente.

2) PEDIATRIE SMR pédiatrique : l'importance du travail en réseau(x) Tanguy Durocher, adjoint de direction ESEAN Nantes (44)

Nous avons accueilli Tanguy Durocher, adjoint de direction au sein de l'Etablissement de Santé pour Enfants et Adolescents de la région Nantaise. Ce dernier est intervenu pour évoquer l'importance du travail en réseau(x). Nous avons pu découvrir dans un premier temps tout ce qu'offre cette structure gérée par APF France Handicap, notamment les nombreuses filières médicales en place, les différentes expertises transversales pluriprofessionnelles et les modalités spécifiques d'accompagnement proposées. Il a ensuite été question de l'organisation que cela nécessite au sein de la structure mais aussi en dehors.

3) PEDIATRIE Intervention précoce : innovation pour les enfants Lea Guéret, MK, CNKS Paris (75)

Léa Guéret, Kinésithérapeute et Doctorante en Neurosciences, membre du CNKS, nous a présenté ses travaux sur l'intervention précoce chez les enfants nés prématurés. Le public est soumis au questionnement suivant : Naïssons-nous bipède ? Notre moyen de locomotion néonatale ne serait-il pas quadrupède ? Lors de cette présentation nous avons pu découvrir un outil innovant, le Crawliskate, pour entraîner les enfants à la marche quadrupède en sortie de maternité et ainsi tâcher de limiter l'impact de la prématurité sur leur développement moteur.

4) GERIATRIE La collaboration de recherche sur la détection précoce de la fragilité Ambre Komonski, MK, CHU de Nantes (44)

Changement de territoire disciplinaire vers la gériatrie avec Ambre Komonski, Kinésithérapeute au CHU de Nantes, qui nous présente un projet de collaboration autour de la détection précoce de la fragilité gériatrique : le projet ASAP. Il s'agit ici de détecter et prendre en charge de façon précoce et adaptée des patients fragiles après une intervention de chirurgie cardiaque. Cette présentation nous offre un aperçu du fonctionnement en équipe au sein de la structure ainsi que du projet d'évaluation du programme mis en place.

5) GERIATRIE La planification motrice chez le sujet senior Thomas Rulleau, MK, CPMR, CHU Nantes (44)

Pour clore cette session, Thomas Rulleau, Kinésithérapeute et Coordinateur Paramédical de la Recherche au CHU de Nantes, nous parle de planification motrice en gériatrie. Après un rappel sur les étapes du mouvement et la notion de confort de l'état final, nous découvrons le protocole de recherche destiné à étudier l'influence des déficits moteurs sur la capacité à planifier la saisie d'objets chez des sujets âgés.

Pour le bureau du CNKS,
Jules BARBIER

JNKS 2024 matinée du 27 septembre dédiée aux diversifications du métier au cœur des territoires

II^{ème} partie : domaine Pénitentiaire, HADR, et DAC *Olivier Saltarelli, pour le bureau du CNKS*

Cette nouvelle édition des JNKS 2024 a été l'occasion de venir interroger les pratiques professionnelles, avec un focus sur une « diversification au cœur des territoires », un temps pour découvrir que la kinésithérapie salariée s'exerce en-dehors des lieux d'exercices conventionnels. Il nous a été donné la possibilité de découvrir 3 types d'exercice.

Véronica Altieri, MK au CHU de Nantes nous a parlé de son exercice professionnel au sein de l'Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire.

Cet exercice se pratique auprès de patients en situation de privation de libertés. Elle intervient au sein du Centre de Détention, de la Maison d'Arrêt et parfois dans l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs. Ces milieux spécifiques lui permettent une prise en soins individualisées. Les difficultés rencontrées sont multiples : surpopulation carcérale, travail dans des cellules de 9m², difficulté pour se mouvoir, un état psychologique des patients parfois compliqué. En termes de prises en soins, elle rencontre un large éventail de pathologies. La difficulté à obtenir du matériel, du fait des règles de ces milieux, l'oblige à faire preuve d'imagination, et d'adaptabilité afin de proposer des exercices avec les moyens disponibles pour ces détenus : utilisation des élastiques des caleçons, chaussette en boule pour le travail de force des mains, bouteilles plastique en guise d'haltère...

Agnès Brousse, CDS MK, nous a présenté la mise en place de l'HADR de Nantes et sa région.

Cette nouvelle structure a vu le jour au cours du second trimestre 2024, et est en cours de déploiement. Cette structure permet de faire le relais entre l'hospitalisation et le retour à domicile, et permet une continuité de soins rééducatifs avant un relai avec les collègues de médecin de ville. Malgré des difficultés relevées du fait de cette activité débutante, les retours patients sont positifs, et permet une responsabilisation de l'équipe de rééducation qui intervient.

Céline Ramspacher, MK expert HAD et SMR pour l'ANAP (Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance), nous a présenté sa mission qui consiste à venir en soutien et en accompagnement des structures, et en particulier pour celles qui souhaitent développer une activité d'HADR. Cette agence a pour mission de soutenir, outiller et accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'amélioration de leur performance dans toutes ses dimensions.

Véronique Jean, MK, est venue nous parler de sa mission de Responsable territorial Nantes Agglo au sein du DAC 44.

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination ont été instaurés par une loi de 2019. Leur mission est d'offrir un appui à la coordination des parcours de santé complexes et à des dispositifs spécifiques régionaux. Il collabore avec l'ensemble des professionnels d'un territoire donné, dans un principe de pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité, afin d'apporter une réponse sanitaire la plus proche de la personne, et la plus qualitative. De plus, les DAC ont une mission de promotion de l'Education Thérapeutique du Patient, de recueil des difficultés d'un territoire afin de susciter des réponses ou remontées d'information aux décideurs. Enfin, ils sont des interlocuteurs privilégiés des ARS auxquelles ils rendent compte de leur activité.

L'ensemble de ses interventions nous ont démontré que le kinésithérapeute salarié pouvait (devait ?) sortir des sentiers « battus », et qu'il suffisait d'oser passer le pas. Un grand merci à nos intervenants « hors territoires ».

Pour le bureau du CNKS
Olivier Saltarelli

Vous souhaitez recevoir - sous réserve de son accord - un résumé ou une présentation d'un-e intervenant-e ?
Adressez votre demande précise par mail à : contact.cnks@gmail.com

JNKS 2024 après-midi du 27 septembre dédiée aux diversifications attractivité, fidélisation et QVCT

Pauline Wild, pour le bureau du CNKS

J'ai eu le plaisir, vendredi 27 septembre, d'animer aux Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée (JNKS), une session consacrée à l'attractivité, la fidélisation, et de manière générale à la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) de l'exercice hospitalier en kinésithérapie.

« Faire équipe... en réadaptation » par le Dr Jean-Pascal DEVAILLY médecin MPR, Président du SYFMER.

Le Dr Devailly nous a rappelé toute la complexité du sujet : la volonté seule de « faire équipe » n'est pas suffisante et s'intéresser aux déterminants d'une équipe, aux leviers et aux freins, c'est favoriser la coordination et la coopération entre ses membres au service de la qualité et la sécurité des soins. Le Dr Devailly nous a ensuite éclairés sur les spécificités de la réadaptation en insistant sur la diversité des professions mais également des structures et de rôle au sein du système de santé. « Faire équipe » n'est donc peut-être pas des plus aisé mais constitue un enjeu majeur dans notre système de santé, au service des patients.

Laëtita Buisson, cadre de pôle de rééducation au Centre Hospitalier de Plaisir, dans les Yvelines, nous a ensuite présenté un exemple de communautés de pratique en rééducation, qui réunit des rééducateurs du groupement hospitalier de territoire (GHT) Yvelines Sud. Ce GHT est composé de 9 établissements qui comptent ensemble 300 rééducateurs. L'objectif de la communauté de pratique est de permettre à tous d'apprendre et de progresser grâce au collectif, ceci en faveur d'une amélioration de la qualité de prise en soins des patients et résidents et d'une optimisation de la qualité de vie et des conditions de travail des professionnels. L'attractivité et la fidélisation sont aujourd'hui deux sujets très discutés depuis des années dans le monde de la santé et les résultats semblent à ce jour être positifs pour cette communauté de pratique. Nous attendons donc avec impatience la suite de cette aventure !

Notre session s'intéressant à la qualité de vie et des conditions de travail, nous avons ensuite convié Julien Allender, masseur-kinésithérapeute et préventeur des troubles musculo-squelettiques (TMS) au Centre Hospitalier (CH) de Saint Nazaire.

Les TMS représentent aujourd'hui une forte part des maladies professionnelles, c'est pourquoi Julien Allender s'applique à aborder le sujet sous l'angle préventif autant que curatif. Dans le premier cas, l'enjeu est de limiter l'apparition de ces TMS et dans le second cas d'accompagner les professionnels qui y sont confrontés, notamment en accompagnant leur reprise au travail. La formation proposée au CH de St Nazaire comprend un temps théorique, hors secteur de soin, puis un temps personnalisé en situation avec les professionnels pour permettre de consolider les messages énoncés précédemment. Le petit « truc » en plus : la collaboration avec l'ergonome de l'établissement, optimisant alors les messages. Un programme ambitieux pour prendre soin de ceux qui soignent.

Décryptage du projet Rééduc'alliance par Fanny Arnaud, Cadre de Santé rééducateur aux Hospices civils de Lyon (HCL) – Hôpital Lyon Sud.

Le service de rééducation dans cet hôpital compte 70 rééducateurs, intervenants dans 50 unités de soins, réparties sur 4 sites. Le projet Rééduc'alliance vise alors le développement des compétences ; d'une part en favorisant la cohésion d'équipe ainsi que la qualité de vie et des conditions de travail, et d'autre part en améliorant la qualité et la sécurité des soins. Les rééducateurs se sont alors organisés selon quatre groupes de travail : Partage d'expérience en rééducation / Gardes et Astreintes / Parcours d'intégration des nouveaux arrivants / Analyse de cas cliniques complexes.

Les résultats de ce projet montrent un retentissement positif aussi bien sur l'équipe de rééducation – rééducateurs et encadrants – qu'au niveau institutionnel, si bien que le projet a même été primé au titre de l'engagement collectif.

Communication et notion de temps par Pauline Wild, cadre de santé du service de rééducation fonctionnelle à l'Hôpital NOVO – Site de Pontoise.

La communication comme vecteur d'attractivité, de qualité de vie et des conditions de travail, c'est bien là l'enjeu de notre époque. Après avoir fait un détour sur les déterminants de la communication, nous avons pu confronter différents moyens de communication au temps. Pour finir nous nous sommes donc questionnés sur les éléments à prendre en compte pour communiquer efficacement : la disponibilité – celle relative au planning mais également sa disponibilité émotionnelle – le moyen en regard du message à apporter, l'environnement... Autant de pistes pour favoriser une communication assertive, vecteur de sens et de reconnaissance au travail.

L'ensemble de la session s'est déroulé sous l'œil bienveillant et les interventions éclairantes de notre grand témoin Corinne Parette, Déléguée Régionale pour **Association SPS** - Soins aux Professionnels de la Santé. Vous pouvez d'ailleurs télécharger l'application « SPS » sur vos smartphones pour en savoir plus sur l'association ainsi que pour découvrir toutes les ressources proposées par celle-ci.

Vous souhaitez recevoir - sous réserve de son accord - un résumé ou une présentation d'un-e intervenant-e ? Adressez votre demande précise par mail à : contact.cnks@gmail.com

JNKS 2024 SESSION POSTER & REMISE DES PRIX

La session poster proposée au cours des JNKS 2024 au CHU de Nantes, a été l'occasion de découvrir un large éventail de travaux novateurs, réalisés par des kinésithérapeutes passionnés ainsi que des étudiants. Ces différents travaux ont couvert un éventail de sujet qui illustre parfaitement la diversité et la richesse de nos champs d'expertise. L'exposition permanente des posters tout au long des journées a permis de présenter les résultats de recherche ou d'exposer des projets ; de mettre en lumière les applications concrètes dans la pratique clinique et de favoriser des discussions entre les auteurs et les participants aux JNKS.

De par son format interactif, la session poster offre à chacun l'opportunité de dialoguer directement avec les auteurs, d'approfondir les discussions, et d'échanger des idées sur les travaux présentés. C'est un espace d'apprentissage, d'inspiration et surtout de collaboration.

Au total 11 posters ont été exposés, dont 8 soumis au vote du public ainsi que du Jury.

Parmi les 8 en compétition :

- Comment améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'acculturation des stagiaires kinésithérapeutes au sein de l'Hôpital Nord Laennec ; *Charlène GOUILLET MKDE, Pauline JOUEN MKDE, Ambre KOMONSKI MKDE.*
- Collaborations masseur-kinésithérapeute/ergothérapeute au sein de l'unité parcours social et médical.
- Rééducateur et bénévole ; l'APRAIH, une association au sein du pôle MPR du CHU de Nantes.
- Les rééducateurs au sein d'une équipe pluriprofessionnelle : prévention des escarres.
- S'organiser avec 3 robotiques de marche, *Pitiot, Buisson.*
- Chirurgie de réanimation du MS tétraplégique.
- Efficacité et utilisation de l'EIT ; *Ambre KOMONSKI, Serge Banneton*
- L'auto rééducation du sujet âgé fragile post chirurgie cardiaque : enquête téléphonique ; *Clara MEUNIER étudiante à l'IFM3R, Ambre KOMONSKI MKDE MSc.*

3 posters ont été exposés « hors concours » dont 2 proposés par le CNKS et 1 conjoint SKR/CNKS :

- Etudier l'acceptabilité et les domaines d'activité de Kinésithérapeutes en Pratique Avancée salariés en France : Protocole d'enquête par consensus Delphi ; *Pierre Henri HALLER, CSS MK, Président du CNKS.*
- Kinésithérapeutes en « services de soins critiques ». Protocoles d'enquête nationale CNKS-SKR sur les modalités d'exercice ; *CNKS/SKR.*
- La recherche paramédicale en milieu hospitalier : des capacités individuelles et collectives à une culture institutionnelle ; *Pierre Henri HALLER, CSS MK, Président du CNKS.*

La remise des prix pour les posters a eu lieu le vendredi avant la pause déjeuner. Elle a été un moment fort de ces journées.

Trois distinctions ont été attribuées pour récompenser les contributions remarquables des participants :

- un prix du public
- deux prix du jury récompensant un travail clinique ainsi qu'un projet d'investissement « professionnel dans la formation clinique ».



Les critères d'évaluation retenus par le jury concernaient le fond et la forme de chaque poster.

Une attention particulière a été portée sur :

- la nature du sujet et ses perspectives,
- la qualité de la méthodologie utilisée,
- mais également la lisibilité,
- le langage utilisé
- et l'harmonie générale du poster.

Les Prix du Jury, décernés par un groupe de professionnels composés de MKDE, Cadres de Santé et Cadres Supérieur de Santé ont été attribués aux posters suivants :

➤ **Comment améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'acculturation des stagiaires kinésithérapeutes au sein de l'Hôpital Nord Laennec** ; *Charlène GOUILLET MKDE, Pauline JOUEN MKDE, Ambre KOMONSKI MKDE.*

Ce travail a reçu le prix jury « projet » en saluant la qualité et également la diversité des outils proposés, de la qualité de la méthodologie ; ainsi que de la mise en application des trois volets Accueil / Accompagnement / Acculturation.

➤ **L'auto rééducation du sujet âgé fragile post-chirurgie cardiaque : enquête téléphonique** ; *Clara MEUNIER étudiante à l'IFM3R, Ambre KOMONSKI MKDE MSc.*

Ce travail a été distingué avec le prix du jury « clinique » au regard de l'intérêt du sujet porté et devant la clarté et la qualité de la méthodologie utilisée.

COMMENT AMELIORER L'ACCUEIL, L'ACCOMPAGNEMENT ET L'ACCULTURATION DES STAGIAIRES KINESITHERAPEUTES AU SEIN DE L'HOPITAL NORD LAENNEC

Contexte Depuis la réforme des études de kinésithérapie en 2015, une difficulté dans l'encadrement des stagiaires s'est ressentie pour coordonner nos attentes aux savoirs, savoir-faire et savoir-être vis à vis des étudiants avec leur objectifs, leur profil et le nouveau référentiel de formation. L'équipe de kinésithérapeutes a proposé de former un groupe d'accompagnement au tutorat afin de faciliter le suivi et la validation des stagiaires accueillis dans les services. Les kinésithérapeutes peuvent désormais s'appuyer sur des outils d'évaluation des compétences à acquérir au cours du stage en fonction du cycle de l'étudiant.

UN OUTIL DE VALIDATION DE COMPETENCES : DES SITUATIONS APPRENANTES EN FONCTION DU NIVEAU DE STAGE

Compétence 1 : Analyser et évaluer un plan kinésithérapique, une personne, un patient et adapter le diagnostic.	le kinésithérapeute doit être capable de comprendre et d'analyser les types de données utiles à la compréhension d'une situation clinique.	K11 : Analyser et évaluer un plan kinésithérapique en fonction des données cliniques et du contexte. K12 : Analyser et évaluer un plan kinésithérapique en fonction des données cliniques et du contexte. K13 : Analyser et évaluer un plan kinésithérapique en fonction des données cliniques et du contexte. K14 : Analyser et évaluer un plan kinésithérapique en fonction des données cliniques et du contexte. K15 : Analyser et évaluer un plan kinésithérapique en fonction des données cliniques et du contexte.
Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en fonction des données cliniques et du contexte.	le kinésithérapeute doit être capable de concevoir et de conduire un projet thérapeutique en fonction des données cliniques et du contexte.	K21 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en fonction des données cliniques et du contexte. K22 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en fonction des données cliniques et du contexte. K23 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en fonction des données cliniques et du contexte. K24 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en fonction des données cliniques et du contexte. K25 : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en fonction des données cliniques et du contexte.

Figure 1 : Tableau des situations apprenantes

Exemple de situations apprenantes et professionnalisantes spécifiques en service de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire. Elles sont déclinées dans d'autres services.

UN OUTIL DE SUIVI HEBDOMADAIRE : DIAGRAMME DES INDICATEURS D'EVALUATION DE STAGE



Figure 2 : Diagramme des Indicateurs - Suivi au cours du stage

Le suivi du diagramme d'indicateurs permet d'évaluer et d'identifier les axes de progressions avec l'étudiant.

UTILISATION DES DOMAINES D'EXPERTISE INTERNE : DES ATELIERS PROPOSES PAR LES PROFESSIONNELS

CYCLE 1 :
ST1/ST2/ST3/ST4
Activité Physique et pathologie chronique
Analyse d'une situation complexe
Radio pulmonaire
Technique respiratoire/EFR

CYCLE 2 :
ST5/ST6/ST7
Déglutition
Ventilation non invasive
Raisonnement Clinique



References

1. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
2. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
3. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
4. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
5. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
6. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
7. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
8. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
9. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.
10. J. H. Davenport, *On the Theory of the Algebraic Solution of Equations*, Dover Publications, New York, 1948.

Le Prix du Public, quant à lui, a été remis au poster le plus apprécié par les participants de ces JNKS 2024. Les visiteurs ont pu voter tout au long de ces journées pour celui qui, selon eux, offrait la meilleure combinaison entre l'originalité du sujet, la qualité visuelle et l'accessibilité des explications. Ce prix témoigne de l'engagement et de l'intérêt du public pour des recherches et travaux présentés de manière pédagogique et attrayante.

Le prix du public a ainsi été attribué au poster :

- Efficacité et utilisation de l'EIT ; Ambre KOMONSKI, Serge Banneton

Ces trois prix illustrent la diversité et la qualité des travaux présentés. Ils reflètent également l'enthousiasme et la créativité de la communauté de professionnels comme celle des étudiants masseurs-kinésithérapeutes.

Pour chacun des premiers auteurs, il est remis un chèque de 100 euros ainsi qu'une invitation pour les JNKS 2025 qui se tiendront les 24,25 et 26 septembre prochain au sein de l'Hôpital Léon Bérard, à Hyères les Palmiers (83).

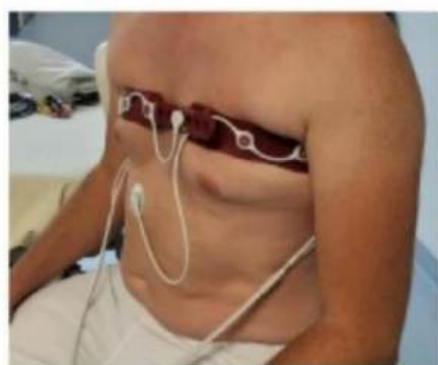
L'ensemble du bureau du CNKS tient à féliciter et à remercier chaleureusement tous les participants pour leurs efforts et la qualité de leur travail.

Pour le Bureau National,
Servane PRIEU.



Efficacité et utilisation de l'EIT (tomographie par impédance électrique)

CONTEXTE : En post-chirurgie cardiaque, les patients sont à haut risque d'atélectasie (Fischer *et al.*, 2021). Le traitement en première intention est une kinésithérapie respiratoire (KR) (Moradian *et al.*, 2017) auquel il peut être ajouté des aides techniques adjuvantes comme des dispositifs délivrant une pression expiratoire positive (PEP). Cette association de techniques (KR + PEP) a démontré son efficacité pour une levée plus rapide d'atélectasie mais le niveau de PEP comme le nombre de cycles respiratoires n'est pas encore déterminé et est fixé de manière arbitraire (Baneton *et al.*, 2023). La radio pulmonaire est à ce jour la mesure de référence dans le cadre d'atélectasie (Duggan & Kavanagh, 2005), elle n'apporte qu'une précision limitée car elle n'est réalisée qu'à distance des séances de KR. La PEP est donc fixée arbitrairement et la décision de la modifier n'intervient qu'entre les séances et non au cours d'une séance. Pour y remédier, la Tomographie par Impédance Electrique (EIT) peut être utilisée en pratique clinique de manière non invasive pour visualiser en direct l'homogénéité de la ventilation (Tomicic & Cornejo, 2019).



PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT de l'EIT :

Mesure des variations d'impédance à un instant T ou entre plusieurs temps
14 électrodes sur une ceinture thoracique (4e au 6e espace intercostal)
+ 1 électrode de référence sur l'abdomen
Courant alternatif de faible intensité (5mA, 50-70 Hz)

APPLICATIONS ACTUELLES : Distribution de la ventilation ; Sur-distension ;
Atélectasie ; Titration de la PEP ; Dé-recrutement lors d'aspirations ;
Effet du changement de position sur la ventilation

APPLICATION FUTURE pour les KINES : Projet PAPIET au CHU de NANTES

"Rechercher la meilleure homogénéité ventilatoire lors de séance de KR + PEP en post chirurgie cardiaque"

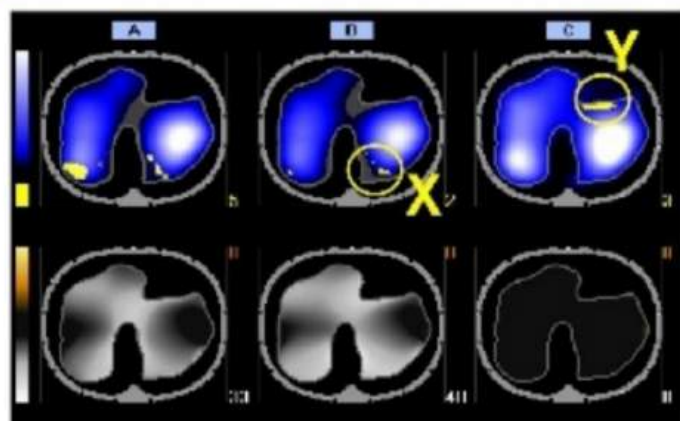


Figure 1 – Visualisation d'une séance de KR + PEP, comparaison à 3 temps : ventilation spontanée (A), PEP à 7.5 (B) et PEP à 10 (C)

En blanc : variation maximum d'impédance

En bleu : > 10% de la variation max

En noir : < 10% de la variation max

En jaune : zones d'intérêt diagnostique (zones X et Y, détaillées en figure 2 et 3)

En gris : zones de perte de compliance probablement en raison d'un dé-recrutement

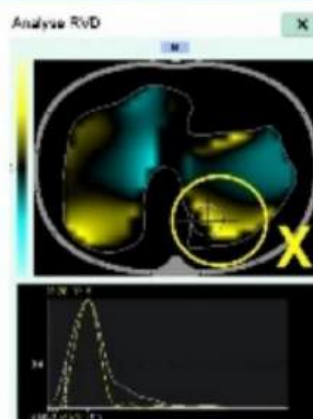


Figure 2 – Zone X

L'analyse du délai de ventilation régionale montre une ouverture tardive et une fermeture anticipée des alvéoles pulmonaires
= augmenter la PEP ?

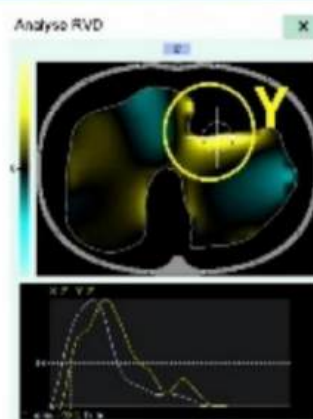


Figure 3 – Zone Y

L'analyse du délai de ventilation régionale montre une ouverture tardive et une fermeture tardive des alvéoles pulmonaires
= augmenter la durée de séance ?
= ajouter des cycles ventilatoires ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Fischer MO, Brotons F, Riant AR, Sushin K, Goronik W, Sponholz C, Kirby-Gerstad I, Joosten A, Nigro-Nato C, Kinsler J, Parienti JJ, Abou-Arab O, Ouhara A; VENICE study group. Postoperative Pulmonary Complications After Cardiac Surgery: The VENICE International Cohort Study. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2022 Aug;36(8 Pt 1):2344-2351. doi: 10.1053/j.jvca.2021.12.024. Epub 2021 Dec 25. PMID: 35094623.
- Moradian ST, Najafabadi M, Mehrzad H, Ghiasi MS. Early mobilization reduces the atelectasis and pleural effusion in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A randomized clinical trial. *J Vasc Nurs*. 2017 Sep;35(3):141-145. doi: 10.1016/j.jvn.2017.02.001. PMID: 28838589.
- Baneton S, Dauvergne JC, Gouillel C, Carillon C, Volleau C, Nicollet J, Corne F, Rozec B. Effect of Active Physiotherapy With Positive Airway Pressure on Pulmonary Atelectasis After Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Study. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2023 Sep;37(9):1688-1678. doi: 10.1053/j.jvca.2023.05.043. Epub 2023 May 30. PMID: 37331837.
- Duggan M, Kavanagh BP. Pulmonary atelectasis: a pathogenic perioperative entity. *Anesthesiology*. 2005 Apr;102(4):838-54. doi: 10.1097/00000542-200504000-00021. PMID: 15781115.
- Tomicic V, Cornejo R. Lung monitoring with electrical impedance tomography: technical considerations and clinical applications. *J Thorac Dis*. 2019 Jul;11(7):3122-3135. doi: 10.21037/jtd.2019.08.27. PMID: 31463141; PMCID: PMC6660341.

JNKS NANTES 2024 PARTENARIAT CNKS – SFP

Initiés en 2020 des contacts, échanges, actions et participations réciproques de représentants aux journées nationales de leurs organisations, ont conduit à penser un réel partenariat.

C'est ainsi qu'en marge des sessions des JNKS NANTES 2024, lors de la première partie du CA

le Président du CNKS,
Pierre Henri Haller,
et le Président de la SFP,
Matthieu Guemann,
ont signés une convention
de partenariat d'intention
aux fins de confirmer
et marquer durablement
leur coopération.



JNKS 2024 TEMOIGNAGES

RESUME & RETOUR D'EXPERIENCE :

C'est du mercredi 25 au 27 septembre 2024, que se sont déroulées les 27^{èmes} journées de la kinésithérapie salariée à Nantes. C'est au cœur du carré du prieuré de l'hôpital St Jacques que nous fûmes accueillis. Deux jours et demi pour échanger sur « faire équipe », « être aux côtés de », pour prendre du recul et réfléchir sur la profession, le (s) métier(s), les évolutions à venir.

La première journée était centrée sur la recherche et l'innovation : Comment transformer une idée en projet, savoir se réorganiser pour profiter pleinement de la robotique. Comment utiliser un sérieux game en Education Thérapeutique. L'intérêt de la Tomographie par Impédance Electrique en pneumologie. Les exos squelettes et la prévention des Troubles Musculo Squelettiques. Plusieurs interventions ont présenté les aides et appuis, qu'ils soient du Grand Ouest ou nationaux pour développer la recherche paramédicale.

Le jeudi en matinée le cœur de métier était développé (bilan ostéo articulaire, chirurgie du membre supérieur, désencombrement chez les tétraparétiques, la trithérapie, la tabacologie présenté par Madame Denis qui a insisté sur le droit de prescription des substituts nicotiniques par les kinésithérapeutes ou les infirmiers. Des interventions spécifiques sur la kinésithérapie en réanimation et la réadaptation cardiaque (recherche et évolution du métier) ont été présentées.

L'après-midi était centrée sur l'exercice salarié, le rôle des tuteurs en stage, la fidélisation du personnel avec l'expérience de l'hôpital de St Quentin qui indemnise les heures supplémentaires aux kinésithérapeutes qui pratiquent des consultations « externes » en sortie d'hospitalisation, en attendant que les patients aient une prise en soin en kinésithérapie libérale. Faut-il avoir des quotas par rapport au nombre de lits ? Ces différentes présentations étaient sujettes à débat, à éclaircissement. Les différentes visions des congressistes furent enrichissantes, amenant des idées nouvelles ou posant davantage de questionnements que de réponses.

En soirée il fût possible de visiter le nouveau plateau technique du service MPR.

Le planning est chargé, les interventions denses. Tout est minuté, avec le maître du temps qui indique aux intervenants qu'ils doivent conclure leur présentation. Heureusement il y a les pauses pour souffler un peu et se dégourdir les membres. Les temps de pause permettent de rencontrer des collègues d'autres régions ou d'autres établissements. Cela permet d'échanger, de voir comment cela se pratique ailleurs. Comment des collègues ont appréhendé les situations (recrutement, gardes, astreintes, fidélisation, turn over...) pour mieux répondre aux besoins de soins de la population. Ces pauses permettent de se désaltérer et de manger le fameux petit beurre nantais « LU » et offrent la possibilité d'échanger avec divers exposants sur du matériel de rééducation.

Ce temps permet aussi de voter pour la session des posters car quelques présentations sont représentées sous forme de poster.

Nous voilà déjà vendredi : En matinée nous avons abordé les thèmes de la pédiatrie (HDJ, soins palliatifs, SMR pédiatrique) et la gériatrie (repérage de la fragilité, HAD Rééducation et Dispositif d'Appui Coordonné). L'après-midi les notions d'équipes, de communautés de pratiques, des liens avec les réseaux sociaux sont présentées. Il a été abordé aussi la santé des soignants avec l'expérience du kinésithérapeute préventeur au CH de St Nazaire, une formation pour aider le personnel soignant à être acteur de sa santé.

Après avoir échangé, discuté, s'être ressourcé auprès des intervenants et participants, il est l'heure de se séparer pour rentrer dans nos établissements, les yeux neufs, prêts à affronter les difficultés du quotidien. Vivement l'année prochaine, mais où allons-nous bien pouvoir nous rassembler en 2025 ? Je crois que c'est près de la grande bleue. Alors prévoyez, ce sera du 24 au 26 septembre 2025.

Comme à chaque fois qu'un membre de l'équipe de rééducation du Centre Hospitalier Simone Veil de Beauvais part en formation, un retour aux collaborateurs sera effectué. Ce nouveau temps de partage en équipe sera l'occasion de présenter les nouveautés ou nouvelles idées à s'approprier concernant la rééducation.

Merci à l'ensemble de l'équipe d'organisation de ces 27^{èmes} journées de la kinésithérapie salariée pour tous ces échanges constructifs

JNKS : le retour 20 ans plus tard

Ce rassemblement à Nantes a été l'occasion de me poser pour regarder notre travail et notre profession. Trois jours denses qui permettent de se ressourcer et de se questionner auprès des intervenants ou collègues venant de diverses régions.



Ce temps permet d'échanger sur les difficultés que les kinésithérapeutes ou cadres peuvent rencontrer (recrutement, fidélisation, quotas, turn over ...), cela permet aussi de partager les différentes approches sur les moyens d'y faire face. Ces journées sont aussi l'occasion, de se tenir au courant des nouveautés (par exemple l'utilisation de la Tomographie par Impédance Electrique en pneumologie au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes), de connaître des travaux d'autres équipes (par exemple un sérieux game sur les escarres). Un accent a été fait sur le développement de la recherche en rééducation, avec les appels d'offre et les équipes d'appui.

Trois jours riches, intenses, constructifs, qui me permettent de revenir au Centre Hospitalier de Beauvais avec un regard neuf, pour affronter les différents challenges de l'avenir.

Olivier Buquet, CDS MK CH Beauvais

"Pour ma part, présent la matinée du vendredi, : très intéressant du point de vue contenu théorique.

Il aurait pu être intéressant d'avoir différents formats d'interventions (et non uniquement des diaporamas : par exemple des démonstrations ou ateliers pratiques ou ateliers réflexifs cas cliniques ...). Concernant la configuration de la salle, la visibilité et l'acoustique n'était pas forcément très facile dans la deuxième partie de la salle. Cet évènement aurait peut-être mérité un peu plus de communications sur le contenu, pour attirer plus de professionnels : communication difficile à retrouver sur internet...

Julien Allender
Kinésithérapeute
préventeur et coordonnateur
CH de Saint Nazaire

Mes premières JNKS

En revenant de Nantes...je me refaisais la petite histoire pendant le trajet : ça commence par une simple annonce sur LinkedIn pour rechercher un MK en HADR puis un contact par un certain Yves Cottret, du bureau CNKS, qui manifeste un intérêt très vif pour l'HADR. CNKS ...comment dire ... je sais que ça existe et c'est à peu près tout. Nous nous appelons, Yves me présente le CNKS et les JNKS.

Difficile de ne pas être séduit par le personnage et le contenu ! Me voilà donc partant pour écrire quelques lignes dans Kinéscope sur mes premières impressions en HADR.

Dans la foulée, inscription aux JNKS et rdv fin septembre ! Et c'est déjà fini. Il faut dire que le format était très dynamique et varié.

Tout est passé très vite, et pourtant, que de contentements ! D'abord des rencontres (merci Yves encore), des échanges, des idées, des étonnements, de l'admiration, des découvertes, des réflexions, des envies, de la curiosité...bref, tout ce que l'on peut attendre de ce type de journées et qui n'arrive finalement pas souvent.

Donc, merci au CNKS pour cette belle découverte, et vivement l'année prochaine !

Guillaume Harvois
CDS Kinésithérapeute
HADR Clermont Ferrand

C'est la première fois que j'assiste aux JNKS malgré ma déjà longue carrière de kinésithérapeute et de cadre rééducateur, en majorité passée dans des CHU.

Au CHU de Grenoble, que nous nommons « Chuga », un de nos collègues cadres nous transmettait régulièrement le journal du CNKS. Pour notre équipe, ces articles sont une de nos ressources et bases d'échange pour mener à bien nos missions. Et puis, notre collègue est parti à la retraite. Alors, j'ai pris le relais, j'ai adhéré à cette association et j'ai eu la chance d'avoir le financement au titre de la formation continue pour assister aux JNKS de Nantes.

Ces trois jours furent pour moi une bouffée d'air frais dans tous les sens du terme : pour le bon air iodé de l'ouest de la France, pour la rencontre de collègues de différentes régions et pour les échanges et présentations concernant notre belle profession.

L'accueil et l'organisation de ces journées à l'hôpital Saint Jacques de Nantes, site chargé d'histoire, ont été remarquables. Par chance, tout était en français ce qui est pour moi un soulagement vu mon niveau en anglais !

J'ai été impressionnée par la qualité des présentations, des posters et par l'engagement des rééducateurs nantais.

En tant que CSS, coordonnateur de la rééducation du CHUGA, j'ai trouvé dans chaque sujet présenté des pistes d'inspiration pour nos équipes. Je pense notamment à :

- au groupe de travail pour l'optimisation de l'utilisation des PTS : « Kinésithérapie et robotique »
- à l'organisations des HAD : « HADR en développement »
- au travail de recherche sur l'utilisation de l'EIT par les kinésithérapeutes : « Efficacité et utilisation de l'EIT ». Je proposerai à nos kinés de cardiologie de se renseigner pour réaliser un stage inter hospitalier avec l'équipe nantaise.
- au travail, à l'adaptabilité des kinés dans la célèbre prison de Nantes, un service pas toujours attractif pour les kinés : « MK dans les prisons »....

J'ai aussi écouté avec intérêt les réflexions des différents intervenants dont celle de M. Signeyrole, un de mes professeurs préférés il y a bien longtemps lors de mes études.

Ces 3 jours m'ont aussi permis de créer des liens et de partager des expériences notamment en ce qui concerne la recherche paramédicale.

Donc, un grand bravo à l'équipe du CNKS qui permet aux kinésithérapeutes salariés de faire communauté et de porter les intérêts de nos missions et de nos pratiques.

Emmanuelle Clarac
CSS Kinésithérapeute
CHU Grenoble

« Les JNKS sont l'occasion d'appréhender la masso-kinésithérapie autrement qu'à travers une formation spécifique (ex : rééducation du genou) ou un congrès thématique (ex : réanimation) : tel était le but de notre venue aux JNKS 2024 à Nantes.

Nous avons eu l'opportunité d'y présenter, pour la 2ème année consécutive, l'avancée des travaux de recherche en kinésithérapie du Pôle de rééducation du CHRU de Nancy, validés dans le cadre d'un APARRA. En 2023 à Rouen avec Marine Mervelet « Évaluation de l'impact de la position du corps sur l'excursion diaphragmatique chez les patients obèses pour améliorer la pratique en kinésithérapie respiratoire », et cette année à Nantes avec Aurélie Oudin-Roth, l'étude "PaFiKinESAP" explorant la relation entre le score d'aération pulmonaire et le rapport Pao2/FiO2 avant et après la toute première séance de kinésithérapie respiratoire chez les patients ayant subi une chirurgie cardiaque. Objectif et méthodologie étaient donc au cœur de cette intervention, dévoilant aux participants notre plan pour mesurer l'effet immédiat de cette première bouffée de kinésithérapie post-opératoire.

La salle inspirée par ce sujet (sans mauvais jeu de mot) a montré un vif intérêt pour cette recherche...De quoi mettre tout le monde en haleine pour les résultats à venir très bientôt !

La participation au repas convivial du jeudi soir a permis à tout un chacun de nourrir, débattre et d'enrichir des débats riches, ô en couleurs, animés, novateurs et fructueux, entre kinésithérapeutes passionnés, ce qui en fait une brique supplémentaire de la dynamique du CNKS. »

Aurélie Oudin-Roth, A Gautier MKs
Lionel Croci, CDS MK
CHU Nancy

**DES JNKS
NANTES 2024**

**VERS LES JNKS
HYERES 2025**

**A VOS AGENDAS
ET POUR VOS PRE-INSCRIPTIONS
AUX PLANS DE FORMATION
DE VOS SERVICES ET ETABLISSEMENTS**

L'AVANT PROGRAMME JNKS HYERES 2025

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

mer. 24 am, jeu. 25 & ven. 26 septembre 2025

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE : FAIRE EQUIPE & ETRE AUX COTES DE

[2024 - 2025 - 2026]



1^{ère}

Annonce (*)



JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE

Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS Organisée et gérée sous l'égide de KOP

n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 - DATADOCK 0035038

PARLONS EN, ENSEMBLE ... au sein de l'Hôpital Léon Berard, Hyères (83)

HLB
Hôpital Léon Berard
Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

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

A VOS AGENDAS & PRE-INSCRIVEZ VOUS AUPRES DES SERVICES DE FORMATION CONTINUE

avant - programme 08 10 2024

JNKS HYERES 2025

mercredi 24 septembre après-midi

Session 1 Kinésithérapie Salariée ... & Politiques Publiques

Session 2 Kinésithérapie Salariée ... & Recherche - Innovation

- Place et rôle des kinésithérapeutes salariés & des patients (ressources, experts...) dans la formation initiale, la formation continue, les pratiques, la recherche, l'innovation
- Innovation en réadaptation : sociologie des usages

JNKS HYERES 2025

jeudi 25 septembre

Session 3 KS ... & territoires disciplinaires

matin

- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Pédiatrie
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Neurologie
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Gériatrie

Session 4 KS ... & attractivité et/ou fidélisation

après midi

- Pluri-activité, diversité culturelle, diversité générationnelle & interprofessionnalité
- Encadrement des équipes, des étudiants & relations aux patients

JNKS HYERES 2025

vendredi 26 septembre

Session 5 KS ... & territoires disciplinaires

matin

- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Soins Critiques
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Cardiologie
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Brûlologie

Session 6 KS ... & société

après midi

- Handicap & Réadaptation : quel(s) devenir(s) ?
- Kinésithérapeute & risque(s) professionnel(s) en question

(*) suivez l'évolution du programme des JNKS 2025 HYERES

- sur www.cnks.org et sur linkedin, facebook et X
- dans KINESCOPE la lettre et l'esprit du CNKS, revue bimestrielle aux adhérents et abonnés

1ère

Annonce (*)

 <https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2025-adhesion-individuelle>

Inscriptions aux JNKS : bénéficiez du tarif adhérent à l'association CNKS !

PARLONS EN, ENSEMBLE ... au sein de l'Hôpital Léon Berard, Hyères (83)

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



AUTRE
RENDEZ - VOUS
auquel vous rendre
&
auquel participe
l'Association CNKS

*pour promouvoir la Kinésithérapie salariée
pour accompagner et représenter les
Kinésithérapeutes et cadres salariés*

10^{èmes}

Journées Francophones de Kinésithérapie



Ouverture des inscriptions aujourd'hui !

Et profiter du tarif réduit "Early Bird"

LA SFP a communiqué le 15 novembre : Le petit oiseau est de sorti !
Vous l'attendiez : OUVERTURE DES INSCRIPTIONS pour les JFK 2025 à Montpellier
en tarif avantageux (early bird).

Alors n'attendez pas et foncez vous inscrire sur www.congres-jfk.fr

Toute l'équipe des JFK vous a concocté un week-end passionnant. Des infos à venir ici
même sur le congrès très bientôt !!!

#JFK2025 #abstract #recherche #clinique #CongresJFK #SFPhysio #earlybird #inscription #ouverture

Des journées scientifiques importantes
pour tous les kinésithérapeutes
dont les collègues salariés,
d'établissements publics et privés ...
l'occasion le samedi matin de s'y rencontrer
et d'échanger sur la place de la kinésithérapie salariée



<https://www.congres-jfk.fr/fr/programme-du-congres>

Samedi 5 avril 2025 → **SYNOPTIQUE**

NIVEAU 0			NIVEAU 1					NIVEAU 2			
	Berlioz	Pasteur	Einstein	Joffre 1	Joffre A+B	Joffre C+D	Sully 1	Antigone	Rondelet	Barthez	
8h30 - 9h30	SFMKS	Communications libres MSK	SFP Douleurs rachidiennes	Communications libres	GI Philo Empathie Table ronde	Communications libres	CNKS Place de la kinésithérapie salariale	SKR - KR	SIKLOMF	Communications libres Pédiatrie	Communications libres Neuro
9h30 - 10h30	SFMKS	OMT		Communications libres	KFP Atelier Santé pub PCFA	Communications libres AFKP	SFP PEDro	SKR - KR	SIKLOMF	AFKP	GI Neuro Neurologie et EBP : un coupage possible
9h30-11h00 PAUSE CAFÉ, VISITE DE L'EXPOSITION ET DE L'ESPACE POSTERS											
11h00 - 12h00	SFP Evaluations - trisages	GI douleur	SFMKS	SIKLOMF	SKR - KR	AFMcK GI Neuro / GI Philo Genre, savoir et raisonnement clinique	SFRE	OMT-France	SFRV	GI Neuro Abolitionnisme en ville du patient parkinsonien	AFKP
12h15-12h30 INTERVENTION PLÉNIÈRE - REMISE DE PRIX											

RETOUS D'EXPERIENCES RETROSCOPE



La rubrique de KINESCOPE qui s'efforce de rapporter

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

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



RetEx



Au cœur d'un établissement Portraits, Parcours & Paroles

Masseur-Kinésithérapeute salariée, j'ai ressenti le besoin plusieurs années après l'obtention de mon diplôme de m'ouvrir à de nouvelles perspectives... Une réunion d'information organisée par un avocat en droit du dommage corporel dans l'établissement où j'exerce... Des expertises relatées par des victimes... tout ceci a finalement fait écho avec des propos entendus lorsque j'étais jeune diplômée et salariée... « L'expertise judiciaire en kinésithérapie » ... Les masseurs-kinésithérapeutes, auxiliaires médicaux pratiquant des « actes médicaux délégués » sont soumis au secret « professionnel » (identique au secret « médical » des médecins) et peuvent donc réaliser des expertises judiciaires dans leur domaine de compétences.

En octobre 2023, j'ai intégré la deuxième promotion du Master 2 Mention Droit de la Santé, Parcours Expertise de Justice pour Professionnels de Santé à l'université de Toulouse Capitole après acceptation de mon dossier de candidature.

Les enseignements ont eu lieu durant l'année scolaire 2023-2024 en présentiel et en distanciel, nécessitant un investissement personnel régulier.

Depuis 2017 : MK salariée, secteur locomoteur, site Saint Jacques, CHU de Nantes

2010 - 2017 : MK salariée, orthopédie et traumatologie, Pôle Soins de suite et réadaptation adultes, Hôpitaux Paris Est Val-de Marne (ex « Hôpital National de Saint Maurice »)

2007 - 2009 : MK libérale

2007 : Diplômée en MK, ISEK, Bruxelles



Nous étions environ 30 étudiants, tous en activité professionnelle, à des étapes différentes de notre carrière, avec diverses origines professionnelles : masseurs-kinésithérapeutes majoritairement mais aussi d'autres professions telles qu'infirmière et pédicure podologue.

Au cours de ce programme, nous avons découvert l'organisation de la justice française, l'ordre judiciaire : les juridictions civiles et pénales, l'ordre administratif ainsi que les connaissances procédurales nécessaires pour maîtriser les différentes procédures d'expertise.

Les rencontres avec des professionnels du droit et du domaine expertal m'ont aidée à comprendre le rôle de chacun et l'importance des termes utilisés. Il y a eu parfois des moments de doute et frustration (au départ, certains concepts semblaient difficiles à saisir à travers le vocabulaire juridique... je ne vous définirai pas ce qu'est un meuble ou immeuble d'un point de vue juridique...) mais aussi et surtout des expériences enrichissantes : j'ai pu assister très rapidement à une réunion expertise (ou accedit) avec un masseur kinésithérapeute, expert judiciaire depuis de nombreuses années.

Cette mise en situation pratique m'a confortée dans la voie de l'expertise de justice. Puis tout au long de l'année, nous avons rédigé et étudié des rapports d'expertise seul ou en groupe sur des cas concrets et nous avons débattu à maintes reprises au sein de notre promotion.

La rigueur, la curiosité étaient de mise pour apprendre à combiner, dans un cadre scientifique, les connaissances juridiques aux compétences cliniques kinésithérapiques, que ce soit dans le domaine judiciaire ou administratif.

L'expertise est une évaluation médico-légale impartiale basée sur des critères scientifiques et professionnels, l'objectivité est à la base de chaque analyse. Nous avons acquis des notions en droit de la santé, nous rappelant l'histoire, les évolutions et le rôle actuel de chaque instance régulatrice et professionnelle de la santé.

Ces enseignements et les rencontres enrichissantes avec les autres étudiants m'ont d'ailleurs confortée dans le choix en mars 2024 de présenter ma candidature en tant que masseur-kinésithérapeute salariée auprès du conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du 44 (Pays de la Loire).

Depuis cette élection, j'ai pu mettre à profit mes nouvelles connaissances et prendre part aux missions ordinales avec objectivité.

Aujourd'hui diplômée en cette fin d'année 2024, je commence à mesurer l'impact sur ma pratique quotidienne de professionnelle de santé. A travers la compréhension précise des obligations légales et éthiques entourant la profession, j'ai amélioré la qualité des soins fournis en étant plus consciente des pratiques validées et des réglementations (notamment l'information et le consentement du patient).

L'étude d'expertises de justice m'a entraînée à évaluer les situations de manière rigoureuse et détaillée. J'utilise cette compétence pour documenter des soins ou évaluer l'état de mes patients, en particulier dans les dossiers patients où des rapports précis sont essentiels.

Désormais j'aspire à partager mes connaissances, expliquer les procédures et les décisions de manière claire et compréhensible, ce qui me semble une ressource précieuse non seulement pour les patients, mais aussi pour les collègues et les institutions de santé.

En outre, j'espère que ma candidature à l'inscription sur une liste de cours d'appel sera prochainement acceptée afin de pouvoir remplir des missions en tant qu'expert de justice dans le domaine de la santé.

Noémie Labre



Magali FAROULT
Directrice des soins
DE MK en 2006



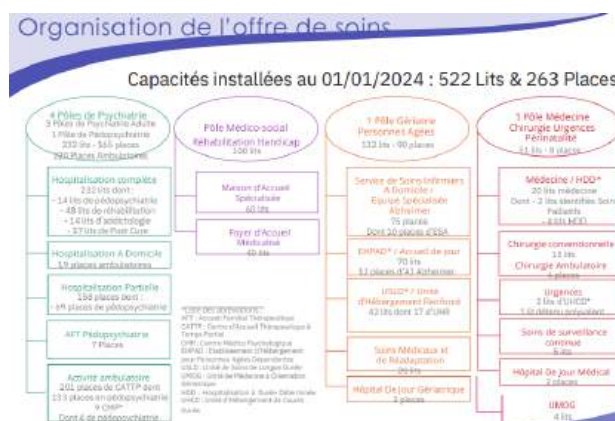
Mickaël LEMASSON
depuis 2010 MK pôles psychiatrie
2005-2010 en MPR
2002-2005 exercice libéral
2002 DE MK

Lumière sur la place de la kinésithérapie en psychiatrie

Retour d'expérience aux Hôpitaux de Lannemezan

⇒ Présentation de l'établissement :

Etablissement multi-activités, de recours territorial en psychiatrie, bi-départemental (Hautes-Pyrénées et Sud Haute-Garonne)
Le service kinésithérapie : 4 ETP, un 5^{ème} prochainement / Psychiatrie : 2 ETP pour 232 lits



⇒ Une notion émergente : le besoin rééducatif

Le besoin rééducatif au sein de la structure intra hospitalière

1. Un besoin rééducatif en milieu intra-hospitalier

La kinésithérapie en milieu psychiatrique intra-hospitalier répond à un besoin rééducatif souvent sous-estimé, néanmoins crucial. Ce besoin, souvent appréhendé comme n'étant pas prioritaire peut participer d'une perte de chance certaine pour le patient.

En effet, les patients hospitalisés présentent fréquemment des troubles somatiques associés à leurs pathologies psychiatriques, nécessitant une intervention rééducative immédiate pour éviter une détérioration de leur état physique.

2. Une opportunité de soins

L'intervention kinésithérapique en milieu intra-hospitalier offre une opportunité unique de soins.

Elle permet de répondre rapidement aux besoins rééducatifs des patients, évitant ainsi l'aggravation de troubles musculo-squelettiques, respiratoires ou neurologiques.

Cette prise en charge précoce est essentielle pour maintenir ou améliorer la mobilité, la force et les fonctions des patients, contribuant ainsi à leur bien-être global.

3. Une autre approche du soin : sortir de l'unité

La kinésithérapie offre également aux patients une opportunité de sortir de l'unité psychiatrique, même temporairement, pour bénéficier d'une autre approche du soin. Cette sortie de l'unité peut avoir des effets bénéfiques sur le moral des patients, leur offrant un changement d'environnement et une rupture avec la routine hospitalière. Cela peut également favoriser une meilleure adhésion aux soins et une perception positive de leur parcours thérapeutique.



Retour sur et vers le somatique

1. Intégration du somatique dans le parcours de soins psychiatriques

La kinésithérapie permet de réintégrer le somatique dans le parcours de soins psychiatriques. Les troubles psychiatriques sont souvent accompagnés de symptômes somatiques qui peuvent être négligés. Une approche kinésithérapique ajustée permet de traiter ces symptômes de manière holistique, en prenant en compte à la fois les aspects physiques et psychologiques du patient.

2. Amélioration de la qualité de vie

En se concentrant sur les aspects somatiques, la kinésithérapie contribue à améliorer la qualité de vie des patients psychiatriques. Elle aide à réduire les douleurs, à améliorer la mobilité et à renforcer la confiance en soi. Ces améliorations physiques peuvent avoir un impact bénéfique sur l'état mental des patients, créant un cercle vertueux de bien-être.

3. Alliance thérapeutique et utilité sociale

La kinésithérapie favorise également l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute. Cette relation de confiance est essentielle pour encourager les patients à participer activement à leur rééducation. De plus, en améliorant les capacités physiques des patients, la kinésithérapie leur permet de mieux s'intégrer socialement, renforçant ainsi leur utilité sociale et leur sentiment d'appartenance.

Conclusion :

En conclusion, la kinésithérapie en milieu psychiatrique intra-hospitalier joue un rôle crucial dans le parcours de soins des patients. Elle répond à des besoins rééducatifs immédiats, offre des opportunités de soins diversifiés et réintègre le somatique dans le traitement global des patients. Cette approche holistique contribue à améliorer la qualité de vie des patients et à renforcer leur intégration sociale, soulignant ainsi l'importance de la kinésithérapie en psychiatrie.



Exercice de la Kinésithérapie

Aptitudes nécessaires :

polyvalence, adaptabilité, observation et **sens clinique développé,** savoir-faire spécifiques. Pour un kinésithérapeute travaillant en psychiatrie, il est essentiel de développer un ensemble d'aptitudes spécifiques pour répondre efficacement aux besoins en soins des patients.

1. Polyvalence

- *Capacité à intervenir dans divers contextes* : le kinésithérapeute est amené à travailler avec des patients présentant une large gamme de troubles psychiatriques, allant de la dépression à la schizophrénie.

- *Maîtrise de différentes techniques* : connaître et savoir proposer diverses techniques kinésithérapiques adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient, qu'il s'agisse de thérapies manuelles, d'exercices physiques et/ou de techniques de relaxation.

2. Adaptabilité

- *Flexibilité dans l'approche thérapeutique* : Chaque patient est unique. Le kinésithérapeute adapte ses méthodes en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient et de ses réactions aux traitements.

- *Gestion des imprévus* : En milieu psychiatrique, les situations peuvent changer rapidement. Le kinésithérapeute ajuste son approche (diagnostique et thérapeutique) en fonction des besoins immédiats des patients.

3. Observation

- *Une observation minutieuse* permet de détecter des signes subtils de progrès ou de décompensation chez les patients, crucial pour ajuster les interventions thérapeutiques.

- *Évaluation continue* : Le kinésithérapeute évalue régulièrement l'état fonctionnel et mental des patients pour adapter les soins en conséquence.

4. Sens clinique développé

- *Un raisonnement clinique* pour un diagnostic kinésithérapique précis et différentiel : Un sens clinique ajusté permet d'approcher précisément les situations et de planifier des interventions adaptées.

- *Prise de décision éclairée* : Le kinésithérapeute prend des décisions rapides pour le bien-être des patients, en tenant compte de leur état physique et mental.

5. Savoir-faire spécifiques

Techniques de relaxation et de gestion du stress : Maîtriser des techniques telles que la respiration profonde, la relaxation musculaire progressive et la méditation peut aider à réduire l'anxiété et le stress chez les patients psychiatriques.

- *Communication thérapeutique* : Savoir communiquer de manière empathique et efficace avec les patients est essentiel pour établir une relation de confiance et encourager leur participation active aux soins, favorable à l'alliance thérapeutique optimum.

- *Intervention en équipe pluriprofessionnelle* : Travailler en étroite collaboration avec le collectif soignant (psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, AS, AMP, assistante sociale) pour offrir une prise en charge globale et cohérente.

Conclusion :

En développant ces aptitudes, le kinésithérapeute en psychiatrie peut offrir des soins de qualité, adaptés aux besoins complexes des patients. Cette combinaison de compétences techniques et interpersonnelles est essentielle pour favoriser le rétablissement et améliorer la qualité de vie des patients en milieu psychiatrique.



L'environnement

La Rotonde kiné (salle kiné) Le Parc...le pavillon,... les coursives....

Vision environnementale et culturelle de l'exercice de la kinésithérapie en psychiatrie

1. La psychiatrie : une discipline médicale en évolution

- La *psychiatrie* est une *discipline médicale* en constante évolution, intégrant de nouvelles pratiques et approches pour mieux répondre aux besoins des patients. La kinésithérapie, en tant que composante de la discipline, s'adapte à ces changements pour offrir des soins efficaces et pertinents.
- *Évolution des pratiques* : Les avancées en neurosciences et en psychologie influencent les méthodes de traitement en psychiatrie, y compris les interventions kinésithérapiques. Les kinésithérapeutes se tiennent informés des dernières recherches et intègrent ces connaissances dans leur pratique.
- *Articulation psychiatrie-somatique* : La prise en charge des patients psychiatriques nécessite une approche holistique qui intègre à la fois les aspects psychiques et somatiques. La kinésithérapie joue là un rôle crucial dans l'articulation, en appréhendant les symptômes physiques pouvant exacerber les troubles psychiatriques.

2. Un secteur d'activité en forte tension

Le secteur de la psychiatrie est en forte tension, avec une demande croissante de services et des ressources souvent limitées. Cette situation pose des défis importants pour les professionnels de santé, y compris les kinésithérapeutes.

- *Enjeux de santé publique* : La santé mentale est un enjeu majeur de santé publique, avec des implications qui dépassent le simple cadre des soins. Les kinésithérapeutes, conscients de ces enjeux, travaillent en collaboration avec d'autres professionnels pour offrir des soins intégrés et complets dans une approche inclusive.
- *Tensions et ressources* : La pression sur les ressources peut affecter la qualité des soins. Les kinésithérapeutes font preuve de créativité et d'efficacité pour maximiser l'impact de leurs interventions malgré les contraintes.

3. La culture psychiatrique : le rapport au temps, vers une autre temporalité

La culture psychiatrique accorde une importance particulière au rapport au temps, tant dans la durée des traitements que dans la temporalité nécessaire pour observer des progrès.

- *Temps et traitement* : Les interventions en psychiatrie nécessitent souvent du temps pour montrer des résultats. Les kinésithérapeutes adaptent leur approche au rythme de chaque patient.
- *Alliance thérapeutique* : La relation soignant-soigné est au cœur de l'alliance thérapeutique. Les kinésithérapeutes développent des compétences relationnelles pour établir une confiance mutuelle et encourager l'engagement des patients dans leur rééducation.

4. Une équipe pluriprofessionnelle

Le travail en psychiatrie repose sur une collaboration étroite entre différents professionnels de santé. La kinésithérapie s'intègre dans cette dynamique d'équipe pour offrir une prise en charge globale et coordonnée.



- **Collaboration interprofessionnelle** : Les kinésithérapeutes travaillent aux côtés de psychiatres, psychologues, infirmiers et autres professionnels pour élaborer des plans de traitement complets. Cette collaboration permet de répondre aux besoins complexes des patients de manière holistique.
- **Expertise partagée** : Chaque membre de l'équipe apporte son expertise spécifique, enrichissant ainsi la qualité des soins.

Conclusion :

L'exercice de la kinésithérapie en psychiatrie nécessite une vision environnementale et culturelle qui prend en compte l'évolution des pratiques médicales, les tensions du secteur, l'importance du temps dans les traitements et la collaboration interprofessionnelle. En développant une approche holistique et en travaillant en étroite collaboration avec d'autres professionnels, les kinésithérapeutes peuvent jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité de vie des patients psychiatriques.

Les typologies des demandes de soin kinésithérapique

1. Un événement majeur de santé avec décompensation psychiatrique et traumatisme somatique

Lorsqu'un patient subit un événement majeur de santé, tel qu'un accident ou une maladie grave, cela peut entraîner une décompensation psychiatrique accompagnée d'un traumatisme somatique. La kinésithérapie joue alors un rôle majeur pour :

- **La réhabilitation physique**, participant à la réhabilitation psycho-sociale : Traiter les blessures physiques résultant d'un traumatisme (fractures, lésions musculaires, troubles neurologiques).

- **Le soutien psychologique** : Aider à gérer les symptômes psychiatriques exacerbés par le traumatisme, en utilisant des techniques de relaxation et de gestion du stress.
- **La coordination des soins** : Collaborer avec l'équipe psychiatrique pour assurer une prise en charge globale et cohérente du patient.

2. Une pathologie chronique en sus de la pathologie psychiatrique

Le patient étant là pour des soins psychiatriques, une problématique autre (arthrose, diabète, maladies cardiovasculaires) peut passer soit inaperçue, soit être considérée comme secondaire, constituant alors une perte de chance.

La kinésithérapie intervient pour :

- Offrir des soins kinésithérapiques classiques visant à traiter les symptômes de la pathologie chronique, comme la douleur, la raideur articulaire ou la faiblesse musculaire.
- Sensibiliser et éduquer, promouvoir la santé : Informer les patients et le personnel soignant sur l'importance de traiter ces pathologies chroniques pour améliorer la qualité de vie globale.
- Assurer un suivi continu visant à prévenir l'aggravation des symptômes et promouvoir une meilleure gestion de la maladie chronique.

3. Un besoin fonctionnel relayé par l'équipe soignante

L'impact de la iatrogénie des traitements psychiatriques lourds ; les besoins fonctionnels des patients psychiatriques sont souvent identifiés, repérés, anticipés par l'équipe soignante. Ces besoins peuvent inclure :



- Une perte de mobilité : Traiter les problèmes de mobilité dus à l'inactivité, à l'hypotonie ou au déconditionnement physique.
- Des troubles de la déglutition : Intervenir pour améliorer la qualité de la déglutition et réduire le risque de fausse route ou d'encombrement.
- La prévention : en questionnant les causes des problématiques fonctionnelles que rencontrent les patients pour éviter les effets indésirables des traitements médicaux ou des conditions hospitalières.

4. Un besoin somatique quelconque

Les patients psychiatriques peuvent également présenter des besoins somatiques variés, tels que :

- Douleurs musculo-squelettiques : Traiter les douleurs chroniques ou aiguës liées à des troubles musculo-squelettiques.
- Problèmes respiratoires : Intervenir pour améliorer la fonction respiratoire, notamment chez les patients souffrant de maladies pulmonaires ou de troubles respiratoires liés à l'anxiété.
- Rééducation post-chirurgicale : Offrir des soins post-opératoires pour favoriser une récupération rapide et efficace après une intervention chirurgicale.

5. Une opportunité de soins divers

L'hospitalisation en milieu psychiatrique peut également offrir des opportunités pour des soins divers, tels que :

- Activités physiques adaptées : Proposer des programmes d'exercices adaptés pour améliorer la condition physique générale et le bien-être mental des patients.

- Thérapies complémentaires : Intégrer des approches complémentaires comme la thérapie par le mouvement, la relaxation ou la méditation pour soutenir le traitement psychiatrique.
- Évaluation globale : Profiter de l'hospitalisation, en faire une opportunité pour réaliser une évaluation complète des besoins somatiques et fonctionnels des patients, et mettre en place des interventions appropriées.

Conclusion :

Les demandes de soins de kinésithérapie en psychiatrie sont variées et complexes, nécessitant une approche polyvalente et adaptée. En répondant aux besoins spécifiques des patients, qu'ils soient liés à des événements majeurs de santé, à des pathologies chroniques, à des besoins fonctionnels ou à des opportunités de soins divers, les kinésithérapeutes jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité de vie des patients psychiatriques.

Déroulement du soin kiné en psychiatrie

1. Au préalable : une approche interprofessionnelle incontournable

La prise en charge kinésithérapique en psychiatrie repose sur une collaboration étroite avec l'ensemble de l'équipe soignante. Cette approche interprofessionnelle permet de coordonner les soins et d'assurer une prise en charge globale et cohérente des patients.

2. Recueil d'information classique

Avant de débuter les soins, le kinésithérapeute procède à un recueil d'informations détaillé :



- Comprendre les raisons de la prescription et les antécédents médicaux du patient.
- Indication, antécédents, avec une attention particulière sur la situation de santé du patient (accès aux soins, éventuel contexte de refus de soins et/ou de renoncement aux soins, situation sociale, isolement ou pas, précarité).
- Identifier les itérations des épisodes de décompensation pour adapter le plan de soins.

3. Le temps de la prise en soins

- Évaluer : construire le diagnostic kinésithérapique
Le kinésithérapeute évalue l'état du patient pour construire un diagnostic kinésithérapique précis.
- Réévaluer : ajuster à la réalité, à l'évolution du patient
La réévaluation régulière permet d'ajuster le plan de soins en fonction de l'évolution du patient, étape cruciale pour s'assurer que les interventions restent pertinentes et efficaces.
- Soigner / rééduquer

Le lieu

- L'unité de soin, la chambre du patient : Lorsque les sorties hors unités de soins sont impossibles ou non autorisées (hospitalisation sous contrainte), les soins sont réalisés dans l'unité de soins ou la chambre du patient.
- La salle kiné (« La Rotonde kiné ») calqué volontairement sur un mode de fonctionnement libéral.

Dès que possible, les soins sont envisagés en salle kiné. Ce lieu offre un environnement plus adapté et permet au patient de se réapproprier un espace de soins, favorisant un *sentiment de normalité* et d'engagement :

Le patient vient lui-même au rdv à la rotonde kiné, se réapproprie un autre espace, avec un sentiment de « normalité ».

Parole de patients : « *comme dans la vraie vie* », « *comme à...* » « *comme en ville* », « *comme Mr ou Me Tout le monde* ».

La prise de rdv engageant le patient à travers l'assiduité, la ponctualité, témoignent de l'adhésion du patient au projet de soin kiné. Des règles sociales qui font société et sens.

L'adaptation du kiné

- *Format individuel* : Les soins sont adaptés au format individuel pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient.
- *Temporalité* : Le kinésithérapeute doit s'adapter à une temporalité différente, prenant en compte la « *lenteur* » fonctionnelle ou cognitive due aux traitements ou à la pathologie.
- *Diversité des pathologies psychiatriques* : Adapter les soins à une large gamme de pathologies.
- *Acceptation du soin* : Travailler sur l'acceptation du soin par le patient, en instaurant une relation de confiance.
- *Présence et savoir-être* : Être présent et attentif, gérer la frustration et les éventuels échecs, et stimuler le patient de manière appropriée.



Les techniques rééducatives

- *Approche personnalisée* : Adapter les techniques rééducatives à chaque patient, en tenant compte de leur comportement et de leurs réactions.
- On retrouve *toutes les techniques*. Une attention particulière sera apportée à la manière d'approcher le patient, gérer le toucher, la proximité. Une adaptation de chaque instant pour chaque patient.

Si spécificité il y a, ce sera l'observation clinique du comportement du patient : Un regard clinique des signes comportementaux pour savoir repérer, anticiper un changement d'attitude (prodromes d'une crise), une inquiétude, une angoisse.... L'impact d'un exercice, d'une approche, du toucher, d'un mouvement, du moindre événement.

Une relation soignant-soigné adaptée et ajustée.

- *Relation soignant-soigné* : Établir une relation adaptée et ajustée pour favoriser l'alliance thérapeutique.

Zoom sur la personne âgée en psychiatrie : une complexité, un contexte polypathologique exacerbé

- *Sensibilité aux traitements* : Les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux neuroleptiques et antipsychotiques, ce qui peut entraîner des syndromes extrapyramidaux et une diminution des capacités fonctionnelles.
- *Risque de dégradation de l'autonomie* : La kinésithérapie vise à prévenir la dégradation de l'autonomie et à surveiller les signes de iatrogénie.

- *Rééducation spécifique* : Interventions ciblées sur la marche, la respiration et les troubles de la déglutition.

Conséquences somatiques des pathologies psychiatriques

- *Des répercussions somatiques* : Les pathologies psychiatriques ont des répercussions significatives sur l'état somatique des patients, nécessitant une prise en charge kinésithérapique adaptée.
- *Des comportements à risque* : Les comportements à risque (addictions, chutes, agressions, autoagressions) compliquent le suivi somatique.
- *Un rapport au corps différent* : Les patients peuvent avoir un rapport au corps altéré, un manque de soins vis-à-vis de soi-même, mutilations conscientes ou pas nécessitant une approche spécifique pour les soins.

La Tentative de Suicide (TS)

- *Conséquences somatiques* : Les tentatives de suicide entraînent des traumatismes nécessitant une rééducation spécifique
 - Défenestration : traumatismes neurologiques, neurologiques (cérébrolésés)
 - Arme à feu : lésions maxillo-faciales
 - Immolation : cicatrices, brûlures
 - Pendaison : troubles rachis cervical
 - Médicamenteuse : lésions neurologiques périphériques, imprégnation médicamenteuse avec perte de mobilité (personne âgée notamment)

Les représentations = freins, perte de chance

Des perceptions / représentations erronées :

- Un exemple de questions qui perdurent -> une idée s'adresse au kiné : « Qu'est-ce que tu fais en kiné avec ce patient alors qu'il est entré pour une TS ? »
- Quand envoyer le patient à La Rotonde devient une *dérive occupationnelle*...
- Une approche binaire qui persiste : troubles psychiques = soins infirmiers Versus troubles fonctionnel = kiné

Les représentations erronées des soins kinésithérapiques en psychiatrie peuvent constituer des freins et entraîner une perte de chance pour les patients.

- Sensibiliser l'équipe soignante à l'importance de la kinésithérapie pour améliorer la prise en charge globale.

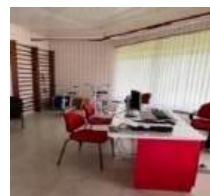
Se former : au savoir spécifique

- *Sémiologie et symptomatologie psychiatrique* : Connaître les signes et symptômes des pathologies psychiatriques pour adapter les soins.
- *Gestion de crise* : Savoir gérer les crises et anticiper les situations par une approche visant la désescalade pour assurer la sécurité et le bien-être des patients.

La plus-value du kiné

- *Un autre temps, un autre espace* : La kinésithérapie offre un espace et un temps différents, favorisant une considération différente du patient et engageant le patient à être assidu, venir à la Rotonde, respecter les rendez-vous.

- *Remontée d'informations* : Le kinésithérapeute joue un rôle clé dans la remontée d'informations cliniques à l'équipe soignante. Sur le comment le patient se comporte dans cet autre environnement.
- *Projet rééducatif* : Élaborer un véritable projet rééducatif pour chaque patient, au-delà de la simple réparation de la dépendance iatrogène.



EXERCICE SALARIE : KINESITHERAPIE, READAPTATION & RECHERCHE

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

En écho aux réflexions portées par le CNKS le sujet des déterminants du choix de l'exercice salarial et notamment l'étude de cohorte - menée par le CNKS en lien avec la FNEK KINESCOPE publie ce mois-ci un article de Marie Garcia qui fait suite à son travail de recherche et à son mémoire de master 2.

Représentations et environnement de formation : quels éléments participent au choix du mode d'exercice des kinésithérapeutes nouvellement diplômés ?

La pandémie a été un véritable tournant pour moi, suscitant le désir de redéfinir ma carrière. Un bilan de compétences m'a permis de mieux cerner mes aptitudes et aspirations professionnelles, et j'ai choisi de me former pour devenir pédagogue en sciences de la santé, avec l'objectif de transmettre mes 16 années d'expérience de clinicienne.

Dans mon milieu professionnel, j'ai observé que la majorité des praticiens exercent en libéral, une tendance également marquée à l'échelle nationale chez les kinésithérapeutes.

En janvier 2022, sur les 97 790 professionnels inscrits à l'Ordre, 85 % exercent en libéral et 15 % sont salariés, la majorité de ces derniers étant des femmes. Ces données ont nourri mon choix de sujet de recherche pour mon master.



Marie Garcia
Kinésithérapeute

- 2020-2024 Clinique du Petit Colmoulins :
 - service SSR depuis 2020
 - en service ESV en 2019
- 2013 à 2020 : HPE Le Havre référent en réadaptation cardiaque

La profession de masseur kinésithérapeute est jeune et évolutive.

Le terme de kinésithérapie a été employé pour la première fois en 1847 en Suède. Après la Seconde Guerre mondiale, l'Assemblée Nationale Constituante crée, avec la loi du 30 avril 1946, une nouvelle profession : le masseur-kinésithérapeute.

Le cursus de formation en kinésithérapie a connu une évolution significative, notamment avec l'allongement de la durée des études (3 ans en 1969, puis 4 ans en 2015). Parallèlement, on a assisté à un véritable changement de paradigme pédagogique, avec un accent mis sur l'approche par compétences.

Les étudiants suivent des unités d'enseignement de première année commune aux études de santé (PACES) ou de première année de licence dans le domaine sciences, technologies, santé (STS), *nouvellement parcours d'accès scientifique santé (PASS) et licence accès santé (LAS) depuis la réforme 2020 des études médicales et de santé*¹, ou de première année de licence sciences et techniques des activités physiques, et sportives (STAPS).

Les quatre années d'études en kinésithérapie se caractérisent par un apprentissage en alternance entre les lieux de stage et en institut de formation, soit une alternance intégrative. La professionnalisation clinique s'effectue à la fois en salariat et en libéral. Ces parcours de formation favorisent l'autonomie de l'étudiant en requérant 50% de travail personnel.

Différents modes d'exercice coexistent. Le kinésithérapeute peut choisir, une fois diplômé, entre une activité libérale, mixte ou salariale. Les divers statuts professionnels présentent des caractéristiques distinctes qui peuvent rendre complexe l'éventuelle pré-orientation des étudiants et la décision pour les nouveaux diplômés

Quelle est l'importance des représentations antérieures et le rôle du déterminisme personnel dans les préférences individuelles ou de mode d'exercice ?

Comment l'identité professionnelle se construit-elle ?

Dans quelle mesure le « processus global de professionnalisation » agit-il sur ce choix ? et dans quelle mesure « la socialisation professionnelle » interagit-elle sur ce choix ?

Trois études quantitatives ont guidé ma recherche. Elles ont permis d'identifier les principaux facteurs motivant les futurs kinésithérapeutes à choisir entre l'exercice libéral et salarié.

➤ Les résultats de l'enquête diligentée par le CNKS du 05/08/20 au 15/09/20 (*Accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie : pour...quoi et comment ? Kinescope 12 mai 2021*) a montré que l'accueil des étudiants en milieu salarié était perçu comme un facteur essentiel pour la construction professionnelle.

➤ Les résultats d'une deuxième étude (*Exercice libéral ou exercice salarié ? Une orientation des futurs masseurs-kinésithérapeutes sous influences socioéconomiques. LE CALVEZ Enora, Juin 2021*) suggèrent que les facteurs incitant le plus d'étudiants :

- à envisager un exercice salarié sont les stages, le travail en équipe, et la diversité ou spécificité des pathologies. Toutefois, les trois éléments les plus déterminants dans ce choix sont le financement de l'institut, les stages, et les emprunts,

¹ PASS & LAS sont deux voies d'accès aux études de Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie et Kinésithérapie. Le PASS est le Parcours d'Accès

Spécifique Santé avec une majeure santé, alors que les LAS sont des Licences classiques avec une mineure Accès Santé.

- à envisager un exercice libéral sont la liberté d'entreprendre, l'autonomie et les stages.

Cette étude apporte un éclairage sur les choix des futurs kinésithérapeutes en termes de mode d'exercice, notamment la préférence marquée pour le libéral, et souligne l'importance des stages dans cette orientation. Elle met aussi en évidence la nécessité d'améliorer l'encadrement en stage pour faciliter la projection des étudiants vers le salariat et en renforcer l'attractivité.

➤ L'étude de cohorte menée sur 3 années par une deuxième enquête du CNKS, en collaboration avec la fédération nationale des étudiant·e·s en kinésithérapie (FNEK) a montré par ses résultats bruts de 2024 que pour 75 % des répondants, l'IFMK impose le(s) stage(s) en salariat. Pour 79% des répondants, les stages influencent le projet professionnel.

L'idée, dans ma propre recherche, était d'investiguer les raisons qui incitent les jeunes diplômés en kinésithérapie, voie dans laquelle ils se sont engagés en première intention ou non, à décider de leur mode d'exercice, à préférer l'activité salariale ou libérale, comment ces facteurs façonnent les décisions professionnelles, et impactent les trajectoires de carrière.

Je souhaitais, en particulier, étudier l'influence de l'environnement de formation (Institut de formation, formateurs, lieux et tuteurs de stage) sur le choix en primo insertion professionnelle.

Afin d'explorer les déterminants en question, j'ai opté pour une approche qualitative avec comme questionnement - fil conducteur : « Représentations et environnement de formation : quels éléments participent au choix du mode d'exercice des kinésithérapeutes nouvellement diplômés ? »

Les critères d'inclusion de cette étude sont d'être diplômés de juin ou septembre 2023 et d'exercer en France.

Dix professionnels, obtenus par échantillonnage de convenance, ont été interrogés lors d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens, d'une durée variant de 20 à 73 minutes, ont été conduits principalement à distance entre octobre 2023 et juin 2024.

Parmi les 10 participants, la répartition est la suivante : 4 salariés (dont 1 en intérim) et 6 libéraux (dont 4 en assistantat et 2 en remplacement), cohorte représentative du contexte.

- 4 participants sur 10 ont choisi leur mode d'exercice en fonction du lieu découvert pendant leur stage : trois individus en salariat, un individu en libéral.
- La proximité familiale et le désir d'autonomie ont été les principaux facteurs de décision pour 3 des participants ayant opté pour le libéral.
- La facilité d'accès à l'emploi dans le domaine de la kinésithérapie permet à certains professionnels de découvrir de nouvelles régions et de ne pas se fixer dans un statut particulier. Ceci est valable pour 3 individus qui exercent en intérim ou en remplacement en libéral.

Motivation extrinsèque et représentation de la formation ont influencé le choix initial pour cette profession. 5 participants sur 10 ont choisi la kinésithérapie pour profession en première intention.

Au début de ce travail de recherche, j'étais focalisée sur l'influence potentielle du modèle de rôle. Avoir un parent dans la profession ou encore une expérience personnelle en tant que patient représente différentes formes d'ancrage dans la profession. D'autres ont dû négocier avec leurs aspirations initiales (médecine, pharmacie, école d'ingénieurs...).

Les étudiants sont sensibles à la qualité de l'enseignement dispensé en institut. Les expériences positives vécues lors de cours, notamment en urogynécologie et en gériatrie, peuvent influencer leur choix de pratiques spécifiques. L'enthousiasme des formateurs et leur expertise jouent un rôle déterminant dans cette orientation.

Les étudiants sont à la recherche de modèles professionnels auxquels ils peuvent s'identifier. Les tuteurs de stage, par leurs valeurs et leurs pratiques, jouent un rôle important dans cette identification.

Même si l'implication de chaque tuteur est différente, tous offrent aux étudiants l'opportunité de découvrir une variété de parcours professionnels. Des représentations erronées subsistent, certains étudiants ne vont pas en salariat et campent sur leur position, confortée par des expériences malheureuses rapportées lors de retours de stage par des pairs. Une participante m'évoque la nécessité de justifier le choix d'avoir opté pour le salariat.

Un travail demandé en institut a permis aux étudiants de prendre conscience du coût de fonctionnement d'un cabinet libéral. La différence de rémunération est finalement peu significative. En revanche, la modulation dans la gestion des plannings est incontestablement facilitée en libéral, il n'y a pas d'autorisations préalables à demander, l'indépendance est totale. L'autonomie est le principal critère attendant au choix de l'activité libérale.

La motivation intrinsèque est alimentée par des expériences personnelles qui ont éveillé un besoin de se sentir utile. Ce désir d'avoir un impact positif sur le monde est lié à la notion d'eudémonisme, qui désigne un bonheur durable issu de la réalisation de soi et de ses valeurs.

Les jeunes diplômés interrogés envisagent différentes trajectoires professionnelles.

Certains sont attirés par l'autonomie et la flexibilité de l'exercice libéral, qu'ils souhaitent exercer tout au long de leur carrière.

D'autres envisagent un parcours plus évolutif, débutant en tant que salarié avant de se lancer en libéral, souvent motivés par des considérations financières. À l'inverse, certains libéraux envisagent de retourner vers un statut de salarié afin de concilier vie professionnelle et vie personnelle, notamment pour des raisons familiales.

Enfin, des projets professionnels spécifiques, comme la recherche ou le travail en milieu carcéral, nécessitent généralement un statut de salarié.

Cette étude présente plusieurs limitations. Tout d'abord, les participants peuvent avoir tendance à donner des réponses socialement désirables, ce qui biaise les résultats. De plus, la période de la pandémie de COVID-19 a conféré des caractéristiques uniques à la cohorte étudiée, rendant difficile la généralisation à d'autres promotions.

L'analyse qualitative, par nature subjective, peut également introduire des biais d'interprétation.

Enfin, la taille réduite de l'échantillon limite la représentativité des résultats, et le caractère exploratoire de l'étude, bien que pertinente pour une première exploration, ne permet pas de tirer des conclusions définitives.

L'hypothèse de départ était que des circonstances, dans l'expérience du cursus global de formation, vont produire une influence sur le type de primo insertion dans la vie professionnelle. L'hypothèse se trouve en partie vérifiée avec cette étude. La diversité des profils, malgré un échantillon restreint, donne à voir un certain nombre de statuts différents, avec une recherche précoce de stabilité chez certains et une exploration de différentes voies chez d'autres. En réalité, le processus décisionnel est multifactoriel.

Les opportunités du marché du travail actuel offrent la possibilité à cette génération de prendre divers chemins et d'explorer différentes voies avant de se stabiliser dans leur parcours professionnel.

En d'autres termes, cela met en lumière la flexibilité du marché du travail moderne, offerte aux jeunes professionnels pour démarrer et évoluer dans leur carrière.

La mise en application de l'avenant 7, de la convention entre la CNAM et les représentations professionnelles libérales, publié en juillet 2023 est prévue en 2028. Il est légitime de se demander si les contraintes imposées par cet avenant constituent la réponse appropriée à la liberté de choix actuellement observée. Nous nous questionnons sur la possibilité de réduire le déséquilibre apparent - et à priori - entre l'attrait de l'exercice salarial et de l'exercice libéral, ainsi que sur sa pérennité à long terme.

Des initiatives comme celles mises en place à l'hôpital de Saint-Quentin montrent que des politiques de fidélisation ciblées peuvent avoir un impact positif sur l'attractivité de certaines structures.

Marie Garcia



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

ROBOTIQUE, NUMERIQUE, INTELLIGENCE ARTIFICIELLE & KINESITHERAPIE SALARIEE

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

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

Kinésscope

Le 6ème V Tiers de Santé
Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

L'DOSSIER
ESSENTIEL



L'événement en quelques mots :

L'objectif est de mettre en lumière l'innovation par et pour les métiers du soin, favoriser les échanges entre soignants et innovateurs, proposer des solutions concrètes pour améliorer la pratique de soin des professionnels et partager les enjeux et perspectives de collaboration entre les soignants et les entrepreneurs de l'innovation en santé.

Cette année, le **RDV de l'Innovation Paramédicale #2** était organisé dans le cadre du **CHU x HealthTech Connexion Day** (2 décembre Lille Grand Palais)

1^{ère} session : faire surgir et mettre en pratique l'innovation paramédicale

- La simulation : quand formation rime avec Innovation
- L'innovation paramédicale dans les organisations : entre besoins managériaux et solutions numériques
- La place des métiers paramédicaux dans les essais cliniques décentralisés

2^{ème} session : les impacts en santé de l'innovation paramédicale

- La révolution des prises en charge : la technologie et l'IA au service de la prise de décision en soins d'urgence
- La révolution des prises en charge : le rôle de la télésurveillance et des objets connectés dans l'évolution de la prise en charge du diabète et de l'insuffisance cardiaque
- La révolution des prises en charge : le maintien à domicile en rééducation

Faire surgir et mettre en pratique l'innovation paramédicale. L'atelier 2 sur l'innovation paramédicale dans les organisations « entre besoins managériaux et solutions numériques » animé par Pierre Henri Haller en résumé :

Les organisations de soins sont qualifiées de complexes compte tenu des multiples acteurs, interfaces et modèles en jeu. L'innovation ordinaire de l'encadrement adapte et ajuste des outils aux besoins de planification et de coordination des ressources. A partir d'un cas d'usage RH, cet atelier a discuté de la co-construction et de l'implantation de nouveaux outils numériques d'aide de la décision pour l'encadrement. Les environnements capacitants, l'accueil accompagnement acculturation et la sociologie des usages permettent de penser aujourd'hui les pratiques et les outils de demain !

Merci pour votre et bravo pour la qualité de nos échanges :

- Victoire Bach , Directrice générale d'Hopia
- Brigitte LAMBERT , cadre supérieure de santé, Georges Pompidou AHP
- Matthieu Guyot , Expert RH à l'ANAP
- Laurent Boronad-Lastryoli CEO, Kura Santé
- Loïc Martin, Maître de conférences en sciences infirmières à l'Université de Rouen Normandie

Des réflexions à poursuivre et enrichir !

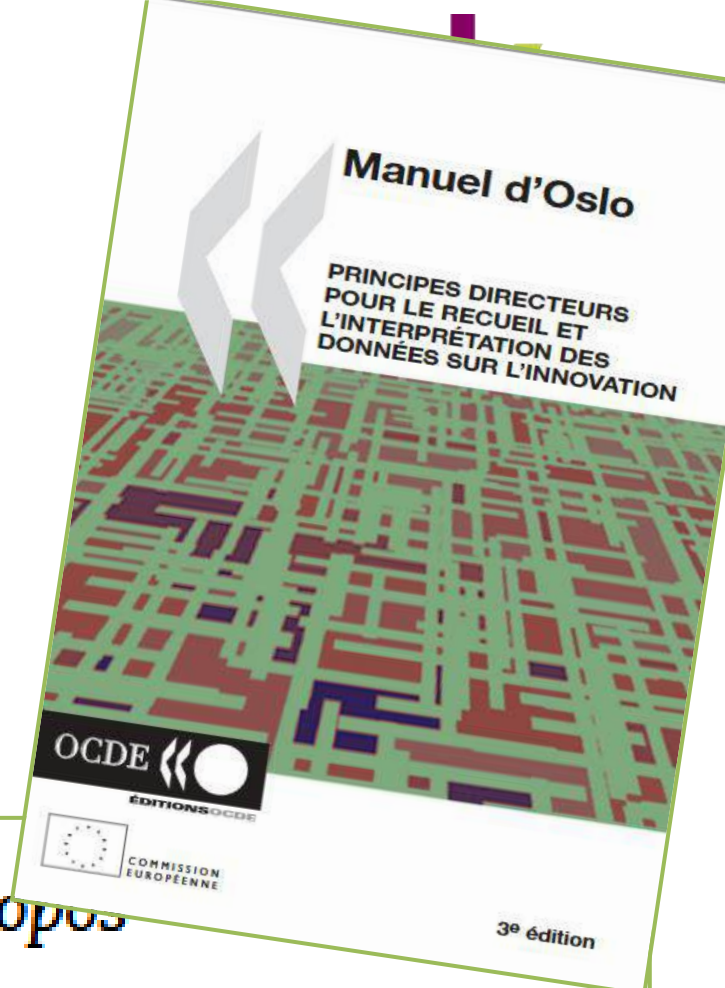
Manuel d'Oslo ? Manuel d'évaluation de l'innovation

Bien que le concept d'innovation soit par essence subjectif, son application devient relativement objective et comparable dès lors que l'on s'appuie sur des critères communs de nouveauté et d'utilité, ce qui exige d'apprécier l'existence d'une différence significative.

Le terme « innovation » peut désigner aussi bien une activité que le résultat de cette activité. Le présent manuel donne une définition pour chacun de ces deux aspects.

Un ouvrage de référence utile et indispensable pour celles et ceux qui s'intéressent à l'innovation





Avant-propos

On sait depuis longtemps que la production, l'exploitation et la diffusion du savoir sont indispensables à la croissance économique, au développement et au bien-être des nations. Il est donc primordial de toujours améliorer la mesure de l'innovation. Au fil du temps, la nature et le contexte de l'innovation ont évolué. Il en va de même des indicateurs dont on a besoin pour appréhender cette évolution et fournir aux décideurs les outils d'analyse appropriés. Au cours des années 80 et 90, une somme de travail considérable a été consacrée à la mise au point de modèles et de cadres analytiques pour étudier l'innovation. Leur mise à l'essai lors des toutes premières enquêtes et les résultats obtenus ainsi que le besoin d'un ensemble cohérent de concepts et d'outils ont abouti à la publication de la première édition du Manuel d'Oslo en 1992, qui portait avant tout sur l'innovation technologique de produit et de procédé (TPP) dans le secteur manufacturier. Cet ouvrage est devenu la référence pour des enquêtes à très grande échelle destinées à examiner la nature et les incidences de l'innovation dans le secteur des entreprises (comme l'Enquête communautaire sur l'innovation – ECI – qui est actuellement menée pour la quatrième fois). Les résultats de ces enquêtes ont conduit à affiner davantage le cadre du Manuel d'Oslo sur le plan des concepts, des définitions et de la méthodologie, d'où la publication, en 1997, d'une deuxième édition de cet ouvrage qui, entre autres choses, élargissait le champ d'application au secteur des services.

COMMUNIQUE de l'AGENCE de L'INNOVATION EN SANTE France 2030 : 1er bilan après 2 ans d'existence de l'agence

A l'occasion du deuxième anniversaire de l'Agence de l'innovation en santé (AIS), Bruno Bonnell, secrétaire général pour l'investissement, et Lise Alter directrice générale de l'AIS, sont revenus sur la mise en œuvre de la feuille de route de l'agence et ses premières réalisations. Lors d'un événement organisé à Parisanté Campus, ils ont également mis en lumière des lauréats France 2030 dont les travaux démontrent que les innovations soutenues le sont au bénéfice des patients, des professionnels et du système de santé.

En collaboration avec les Ministères de la Santé et de l'Accès aux soins, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, et de l'Industrie, ainsi qu'avec l'ensemble de ses partenaires, l'AIS s'est engagée sur 12 travaux prioritaires (cf sa [feuille de route](#), publiée en novembre 2023). Ils soutiennent les objectifs du plan Innovation Santé 2030, volet santé de France 2030, de faire de la France un pays souverain et leader en Europe.

Un an plus tard, l'Agence a démontré sa capacité à agir au plus près des acteurs de terrain : depuis la mise en place de son guichet à destination des porteurs de projets innovants, plus de 400 projets lui ont été présentés^[1], avec un taux de satisfaction des utilisateurs de 85% à ce jour. Elle note également que les stratégies d'accélération France 2030 – biothérapies et bioproduction ; maladies infectieuses émergentes et menaces NRBC ; santé numérique ; dispositifs médicaux innovants ; innovation et prévention lancée en août dernier – portent leurs fruits.

C'est ainsi que la France, qui était positionnée en 3ème position derrière le Royaume-Uni et l'Allemagne en matière de biomédicaments en développement, a gagné un rang et se situe désormais 2ème pays d'Europe, devant l'Allemagne et la Suisse. Les mesures de soutien et de renforcement de la recherche biomédicale ont permis de financer [22 premières chaires d'excellence](#), comme celle de Yasmine Belkaid ou Florent Ginhoux, et trois des cinq bioclusters ont ainsi été inaugurés^[2].

Ces pôles d'excellence, regroupant laboratoires, centres de recherche, centres de soins et entreprises, catalysent en un même lieu une masse critique d'acteurs autour d'une thématique porteuse d'innovation et participent au rayonnement international de la recherche française dans les domaines du cancer, de l'immunologie, des neurosciences, des maladies rares et de l'immunologie.

DES TRAVAUX ENGAGÉS AU PLUS PRÈS DES ACTEURS DE TERRAIN

Après un premier tour de France de l'innovation en santé réalisé en 2023 et qui a permis de découvrir la richesse des projets menés sur le terrain, l'agence mènera en 2025 un nouveau tour de France de l'innovation en santé. Outre de poursuivre la rencontre des porteurs de projets innovants qui sur l'ensemble du territoire préparent la santé de demain, l'agence organisera à chacun de ces déplacements un colloque sur une des problématiques rencontrées par les acteurs : investissement, attractivité des territoires, traitements innovants de demain, transition écologique, parcours de l'innovateur, ...

À chaque fois, il s'agira de débattre et réfléchir avec des acteurs nationaux et locaux aux solutions qu'il faut mettre en place^[3].

Autre action que l'agence mènera l'an prochain : elle franchira une nouvelle étape pour accompagner encore mieux les porteurs de projets. Depuis le lancement du guichet unique, plus de 400 porteurs de projets innovants en santé ont bénéficié d'un accompagnement de la part des experts de l'agence, que ce soit pour être orientés vers les différents guichets des agences sanitaires (GIO de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, rencontres précoces de la Haute Autorité de santé...), pour être informés sur les différents programmes de financements publics, ou encore pour être accompagnés sur leur stratégie de développement.

En 2025, l'AIS renforcera son action auprès des porteurs de projets en mettant à disposition des acteurs un parcours de l'innovateur structuré, leur permettant, quel que soit le niveau de maturité de leurs projets, de s'orienter vers les interlocuteurs les plus pertinents, et anticiper au mieux les étapes à venir. Ce guichet va compléter G_NIUS pour les innovations qui n'entrent pas dans le champ du numérique, comme les médicaments ou dispositifs médicaux.

L'AIS renforcera également son accompagnement en labellisant des projets innovants répondant aux enjeux de santé publique et d'efficience. Cette labellisation sera octroyée après évaluation par le comité d'experts constitué par l'équipe de l'agence au cours de l'année écoulée – cliniciens, patients, méthodologistes, techniciens.

Ce label donnera la possibilité aux porteurs de projets de bénéficier d'un accompagnement personnalisé, sur un temps long, par les équipes de l'AIS et afin de répondre à leurs problématiques de passage à l'échelle.

Enfin, l'AIS, fédératrice des acteurs du système de santé, poursuivra les partenariats noués au cours 18 derniers mois dans l'objectif d'assurer aux patients un accès rapide aux produits et technologies de santé, avec notamment des collaborations spécifiques sur la prospective et les nouvelles méthodologies de recherche clinique avec la HAS ; de porter et répondre aux difficultés rencontrées par les acteurs de terrain en menant des actions en synergie avec les pôles de compétitivité, clusters et représentants de l'Etat en région, mais également avec les agences et structures professionnelles ; de contribuer aux réflexions européennes et internationales qui permettront de soutenir la place de la France et de ses innovateurs en santé dans la compétition internationale.

UNE STRUCTURATION DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE, AU BÉNÉFICE DE TOUTE LA CHAÎNE DE VALEUR DE L'INNOVATION EN SANTÉ

En 2024, l'AIS a mis en œuvre avec les ministères de l'enseignement supérieur et de la recherche, de la santé et de l'accès aux soins, et de l'industrie les ambitions en matière de recherche biomédicale portées par le Président de la République depuis 2021 et le lancement du plan Innovation Santé 2030.

Tout d'abord avec la [mise en place effective des 5 bioclusters, et l'installation des 12 nouveaux Instituts Hospitalo-Universitaires](#), dont l'objectif est de renforcer l'attractivité de notre territoire pour les chercheurs et les cliniciens, en créant des pôles d'excellence thématiques en matière de recherche, de soins, de prévention, de formation et de transfert de technologie.

Ce soutien s'est également traduit par de nouvelles actions en faveur de l'attractivité des talents, avec notamment la sélection des 22 premiers lauréats de l'appel à projets « Chaires d'excellence en Biologie Santé ». Ce programme d'envergure permet à des équipes de recherche de renommée mondiale de voir leurs projets financés sur notre territoire.

L'agence a également intensifié ses travaux pour renforcer l'attractivité de la recherche clinique et augmenter significativement le nombre d'essais cliniques, notamment à promotion industrielle, menés sur notre territoire. Tout d'abord au travers des travaux sur les nouvelles méthodologies de recherche clinique, menés en collaboration avec l'infrastructure F-Crin. Ces nouvelles méthodologies permettraient d'apporter des preuves cliniques dans des domaines où la démonstration d'efficacité est difficile, tels que les maladies ultra-rares, les populations fragiles ou encore les pathologies d'évolution lente.

Dans la continuité du colloque international organisé le 24 juin dernier à Lille en présence de cliniciens, méthodologistes, chercheurs, patients et institutions, afin de travailler sur les doctrines d'évaluation de ces méthodologies par les agences sanitaires (EMA, FDA, HAS, ANSM ...),

l'agence conduira dans les semaines qui viennent un appel à manifestation d'intérêt afin de définir à partir de cas d'usages de ces nouvelles **méthodologies** les conditions méthodologiques de leur usage. L'objectif est de permettre de s'appuyer sur les nouveaux outils tels que l'IA et des nouvelles méthodologies afin de développer les traitements et solutions bénéfiques aux patients, en s'assurant d'un haut niveau de sécurité et d'un haut niveau de preuve.

Toujours dans l'objectif d'accélérer la recherche clinique, l'Agence s'implique, avec l'ensemble de ses partenaires, dans la digitalisation et la décentralisation de la recherche clinique, afin de faciliter l'accès des patients à la recherche clinique sur tout le territoire. A cette fin, et dans la continuité des travaux initiés en 2024, elle permettra le déploiement d'une action d'envergure et en partenariat avec les établissements de santé réunis en consortium, un appel à manifestation d'intérêt financé dans le cadre de France 2030 autour du SI recherche.

Enfin, l'Agence continue de s'engager dans l'accélération de la diffusion des innovations et lancera, en 2025, un programme pilote de mobilisation de l'achat public porté par l'interministériel, au bénéfice des solutions innovantes.

MOBILISER L'INNOVATION AU SERVICE D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION AMBITIEUSE

Le 28 août dernier, l'État lançait une nouvelle stratégie dotée de 170M€ et visant à soutenir le développement de dispositifs innovants, produits et technologies de santé, au service de la prévention en santé.

Un premier appel à projet a été ouvert pour financer des projets portés par des consortiums public/privé, dans l'objectif de faire la démonstration de la valeur de ces projets innovants en termes de prévention, sur un territoire donné et à large échelle. Cet appel à projets, opéré pour le compte de l'État par Bpifrance, a rencontré un vif intérêt de la part des acteurs de terrain, avec plus de 800 acteurs connectés lors des webinaires organisés pour présenter le dispositif dont la première relève est prévue le 10 décembre prochain.

En 2025, l'agence accompagnera les projets sélectionnés lors de cette première vague et de nouvelles relèves seront effectuées.

EN 2025, DES ACTIONS STRUCTURANTES SUR LA PROSPECTIVE ET L'INTERNATIONAL

Ce 4 décembre 2024, l'agence de l'innovation en santé célèbre ses réalisations et met à l'honneur une sélection de lauréats dont les innovations contribueront à améliorer la santé des malades, l'organisation et les pratiques professionnelles et à rendre plus efficient notre système de santé.

Elle prépare sa troisième année d'existence, auprès de ses partenaires, ministères, agences de santé, start-ups, chercheurs académiques avec plusieurs actions structurantes : l'AIS dévoilera les premiers résultats de ses travaux de prospective, à la fois avec la mise en place d'un outil structuré d'horizon scanning, permettant aux pouvoirs publics de prévoir l'arrivée des innovations médicamenteuses et d'anticiper leurs impacts en termes d'organisation des soins et d'impact budgétaire. Les premiers livrables des groupes de travail sur l'anticipation des besoins des blocs chirurgicaux seront également publiés.

Enfin, l'AIS continuera de promouvoir le plan Innovation Santé 2030 à l'international, afin de renforcer la visibilité du territoire pour les investisseurs internationaux. C'est dans ce cadre que Lise Alter, sa directrice générale se rendra à plusieurs rendez-vous internationaux d'importance dont la conférence JP Morgan, le congrès BIO et l'exposition universelle 2025 à Osaka.

Retrouvez plus d'informations sur

- [l'agence de l'innovations en santé](#)
 - [la feuille de route de l'AIS](#) ;
 - [Le tour de France de l'innovation en santé 2025](#)
- Plus d'informations sur : france2030.gouv.fr | [@SGPI_avenir](#)

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.*





Communiqué de presse

Paris, le 18 novembre 2024

Le Conseil national de l'ordre des kinésithérapeutes publie son rapport de la démographie des kinésithérapeutes 2024 : état des lieux et enjeux pour l'avenir de la kinésithérapie en France

Cette nouvelle édition du rapport de la démographie publié par l'Ordre permet de donner un aperçu de la situation actuelle de la profession de kinésithérapeutes en France et d'observer son évolution démographique.

La démographie des kinésithérapeutes en France continue d'évoluer positivement, atteignant aujourd'hui **109 000 professionnels** engagés sur l'ensemble du territoire (85 % des kinésithérapeutes sont en exercice libéral ou exercice mixte, tandis que 15 % sont exclusivement en exercice salarié). Ce nombre témoigne de l'intérêt pour la profession de kinésithérapeute, notamment auprès des jeunes générations (**près de 20 000 kinésithérapeutes en France ont entre 25 et 29 ans**).

La densité nationale des kinésithérapeutes a augmenté (**154,5 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants**), ce qui reste tout de même en dessous de la densité d'autres pays européens comme la Belgique (355,9 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants) ou l'Allemagne (245 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants).

Malgré cette augmentation, ce rapport met en exergue des défis significatifs avec des disparités qui subsistent entre les territoires, impactant l'accès équitable aux soins. Les récentes données montrent une nette amélioration dans certaines régions comme la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie et la Corse avec plus de 200 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, mais également des faiblesses persistantes, notamment dans les zones à forte demande où l'installation reste insuffisante, comme la Normandie, le Centre-Val de Loire et l'Île-de-France avec moins de 120 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.

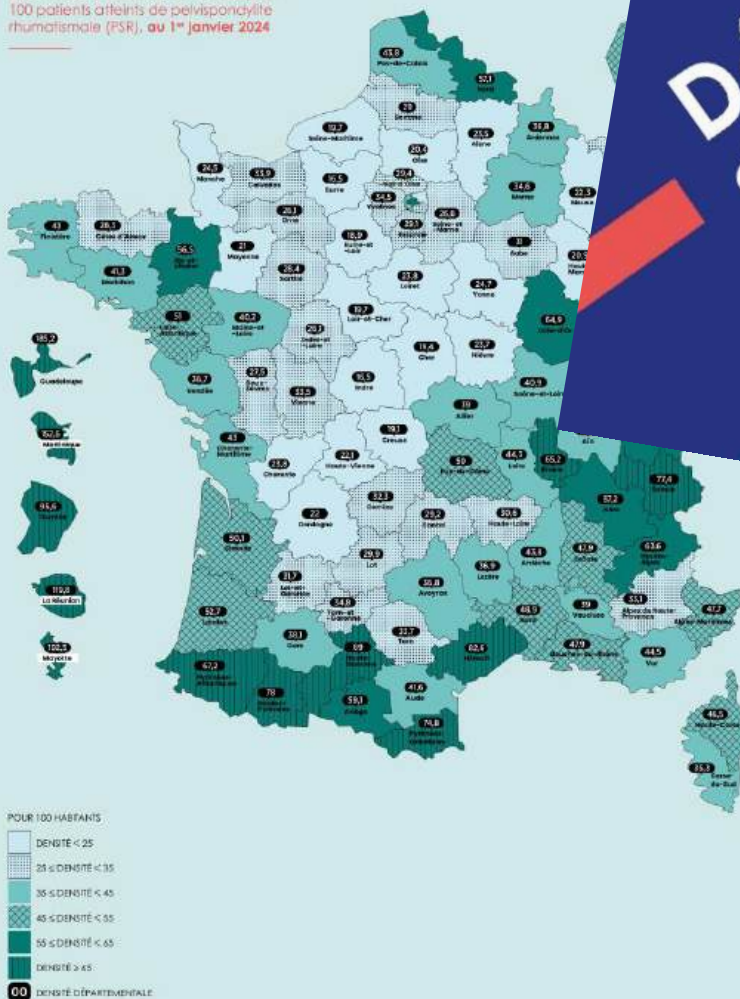
Face à ces enjeux, le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes réaffirme l'importance d'une approche différente et plus incitative. Le développement de nouvelles formes d'exercice, comme l'accroissement des kinésithérapeutes en exercice à domicile exclusif, témoigne de la volonté de s'adapter aux contraintes économiques et démographiques mais également de la capacité des kinésithérapeutes à répondre aux besoins croissants de la population, notamment en matière de vieillissement et de maladies chroniques.

Pascale MATHIEU, présidente du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :
« Ce rapport n'est pas seulement un état des lieux : il est un appel à l'action. Connaître la démographie de notre profession, c'est avoir les outils pour agir de manière efficace et équitable, afin que chaque patient puisse bénéficier des soins de qualité que les kinésithérapeutes sont en mesure d'offrir, c'est aussi comprendre que cette dynamique positive est une chance dans le contexte actuel de carence généralisée, et qu'il faut davantage faire appel aux kinésithérapeutes. En tant que profession responsable et déterminée, nous sommes prêts à contribuer activement à la transformation de notre système de santé pour qu'il soit à la hauteur des attentes de tous nos concitoyens. »

PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE (PSR)

FIGURE 34

Densité départementale de kinésithérapeutes tous modes d'exercice confondus pour 100 patients atteints de pelvispondylite rhumatismale (PSR), au 1^{er} janvier 2024



DÉMOGRAPHIE DES KINÉSITHÉRAPEUTES 2024 — 38

Démographie des masseurs-kinésithérapeutes

OBSERVATOIRE DE LA DÉMOGRAPHIE
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

2024

Un rapport très complet de 82 pages,
que le CA du CNKS analysera en sa prochaine séance de décembre 2024.

Retrouvez des indications spécifiques
sur l'exercice salarié : pages 13 et 14, 20 et 21, & 38.

Retrouver l'intégralité du rapport directement sur le site internet du CNOMK :
https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapport-de-la-demographie-des-kinesitherapeutes-2024_page_a_page.pdf

La démographie des kinésithérapeutes en France continue d'évoluer positivement, atteignant aujourd'hui 109 000 professionnels engagés sur l'ensemble du territoire. Ce nombre témoigne non seulement de l'attractivité de notre profession, mais également de la capacité des kinésithérapeutes à répondre aux besoins croissants de la population, notamment en matière de vieillissement et de maladies chroniques, à la condition qu'on les y encourage et que l'on souhaite mobiliser leurs compétences.

Ce rapport démographique met en exergue des défis significatifs : si la densité des kinésithérapeutes a augmenté, des disparités subsistent entre les territoires, impactant l'accès équitable aux soins. Les récentes données montrent une nette amélioration dans certaines régions, mais également des faiblesses persistantes, notamment dans les zones à forte demande où l'installation reste insuffisante, comme pour les autres professionnels de santé.

Face à ces enjeux, le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes réaffirme l'importance d'une approche différente et plus incitative. Le développement de nouvelles formes d'exercice, comme l'accroissement des kinésithérapeutes en exercice à domicile exclusif, témoigne de la volonté de s'adapter aux contraintes économiques et démographiques. Pour relever ces défis, une meilleure écoute des pouvoirs publics est nécessaire afin de promouvoir une répartition juste et adaptée des kinésithérapeutes sur le territoire.

Ce rapport n'est pas seulement un état des lieux : il est un appel à l'action.

Connaître la démographie de notre profession, c'est avoir les outils pour agir de manière efficace et équitable, afin que chaque patient puisse bénéficier des soins de qualité que les kinésithérapeutes sont en mesure d'offrir, c'est aussi comprendre que cette dynamique positive est une chance dans le contexte actuel de carence généralisée, et qu'il faut davantage faire appel aux kinésithérapeutes.

En tant que profession responsable et déterminée, nous sommes prêts à contribuer activement à la transformation de notre système de santé pour qu'il soit à la hauteur des attentes de tous nos concitoyens.



Pascale MATHIEU,

Présidente du Conseil national
de l'ordre des
masseurs-kinésithérapeutes

Kinéscope

La Lettre

& L'Esprit du CNKS

La DGAFP - Direction générale de l'administration et de la fonction publique a publié son rapport annuel sur l'état de la fonction publique.

Quelques données :

- 5,70 millions d'agents publics travaillent dans les trois versants de la fonction publique au 31 décembre 2022.

- L'emploi public représente près d'un emploi (salarié et non salarié) sur cinq en France (hors Mayotte). La FPE comprend 2,54 millions d'agents, la FPT, 1,94 million et la FPH, 1,21 million, dont 89 % dans les hôpitaux et un dixième dans les établissements médico-sociaux. À ces agents publics s'ajoutent 29 800 bénéficiaires de contrats aidés, dont les effectifs sont en baisse par rapport à 2021.
- La fonction publique emploie, 3 751 500 fonctionnaires, 1 258 500 contractuels, 314 200 militaires et 372 800 agents relevant des « autres catégories et statuts ».
- Parmi les agents de la fonction publique, 39 % relèvent de la catégorie hiérarchique A (dont 2 % de la catégorie A+), 22 % de la catégorie B et 39 % de la catégorie C
- Tous versants confondus, les effectifs dans la fonction publique (y compris les bénéficiaires de contrats aidés) augmentent de 0,3 %.
- En 2022, la fonction publique (y compris contrats aidés) représente 19,8 % de l'emploi total (salariés et non-salariés) en France. Oscillant entre 21,0 % et 21,5 % entre 2002 et 2017, cette part est en baisse depuis 2015.



- Salaire net mensuel moyen en 2022 : 2 527 euros dans l'ensemble de la fonction publique (2 743 euros dans la FPE, 2 145 euros dans la FPT et 2 734 euros dans la FPH).
- Évolution en 2022 du pouvoir d'achat du salaire : - 1,4 % dans la fonction publique (- 2,2 % dans la FPE, - 1,1 % dans la FPT et - 0,4 % dans la FPH).
- Écart de rémunération entre les femmes et les hommes : les femmes gagnent en moyenne 10,5 % de moins que les hommes dans l'ensemble de la fonction publique.
- 10 % des postes de la fonction publique sont rémunérés moins de 1 548 euros et 10 % plus de 3 665 euros.
- Salaire net mensuel moyen en 2022 : 3 181 euros pour un fonctionnaire de catégorie A, 2 518 euros pour un fonctionnaire de catégorie B, 2 004 euros pour un fonctionnaire de catégorie C et 2 014 euros pour un agent contractuel.
- 40 % des agents publics ont travaillé le samedi, 31 % le dimanche, 33 % le soir et 12 % la nuit, au moins une fois au cours des quatre dernières semaines. C'est dans la FPH que ces organisations du travail sont le plus répandues.

La DREES – Ministères chargés de la Santé et des Solidarités a publié « Les dépenses de santé en 2023 ».

Ce Panorama présente les comptes de la santé, quantification de l'ensemble des dépenses de santé à l'échelle nationale, en analyse les résultats en 2023, et les replace dans une perspective internationale. La dépense courante de santé au sens international (DCSi) augmente de 3,5 % en France en 2023, s'élevant ainsi à 325 milliards d'euros. L'année 2023 marque un retour à la normale après la crise sanitaire, avec l'arrêt de la plupart des dépenses exceptionnelles liées au Covid-19.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) reste en 2023 plus dynamique qu'avant la crise. Elle accélère, portée par la consommation de soins hospitaliers (+5,7 %), de soins ambulatoires (+5,7 %) et de médicaments (+3,1 %). Les dépenses de soins hospitaliers atteignent 122 Md€, soit 49 % de la CSBM. À l'hôpital public, les prix des soins augmentent de 3,6 %, et de 0,4 % en cliniques privées. C'est la conséquence de la hausse des rémunérations à l'hôpital public en 2023, notamment avec la revalorisation du point d'indice en juillet 2023 mais aussi l'augmentation des indemnités de garde et de l'indemnité forfaitaire de sujétion. La répercussion en 2023 des hausses de prix de l'énergie intervenues en 2022 a contribué à la hausse des prix dans le secteur public. Le dynamisme des soins hospitaliers en cliniques privées se confirme en 2023 : le volume d'activité est supérieur de 16 % à celui de 2019. À l'hôpital public, le volume d'activité demeure inférieur de 5 % à son niveau de 2019.



La consommation de soins ambulatoires s'établit à 72 milliards d'euros : elle augmente de 5,7 % par rapport à 2022. Elle est notamment portée par les soins de médecins spécialistes (+6,6 %) dont la tendance haussière depuis 2019 se confirme : ils ont progressé de 18,5 % entre 2019 et 2023. À titre de comparaison, la consommation de soins de médecins généralistes n'a crû que de 3,4 % sur la même période. La part de la consommation de soins et de biens médicaux restant directement à la charge des ménages, après financements par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, atteint 7,5 % en 2023. Cela représente un reste à charge en moyenne par habitant de 274 euros sur l'année. Avec la hausse en proportion des soins hospitaliers, soins davantage financés par les administrations publiques, ainsi que l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, ce reste à charge a diminué depuis 2019 (8,4 % de la CSBM cette année-là). La Sécurité sociale et l'Etat financent 80,1 % de la CSBM en 2023, soit 1,5 point de plus qu'en 2019, tandis que les organismes complémentaires en financent 12,4 %, soit 0,7 point de moins qu'en 2019. Les voisins de la France connaissent des dynamiques assez analogues. En 2022, la DCSi augmente dans la quasi-totalité des pays de l'Union européenne en 2022, en moyenne de +3,5 % (+2,2% en France).



appel médical, le spécialiste RH des métiers de la rééducation.

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

→ notre mission.

Masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens ou encore orthophonistes...

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

prendre soin de vos
ressources humaines,
c'est nous !



quand la compétence est vitale.



appel médical
par randstad.

Dextrain

Pour une rééducation de la dextérité
intense et accessible

Créer un
continuum de
rééducation de la
clinique au
domicile du
patient



Une approche
sensorimotrice basée sur
le **feedback de force** de
chaque doigt



Une évaluation et une
**rééducation intense et
spécifique** de la dextérité
manuelle



Des outils ergonomiques
pour une **rééducation
accessible et en
autonomie**

Pour plus d'informations ou organiser une démonstration dans votre service,
contactez-nous à : contact@dextrain.com



WWW.DEXTRAIN.COM



Rééducation en **réalité virtuelle** immersive



Lutte contre la
kinésiophobie



Gain d'adhésion
thérapeutique



Personnalisation
des soins



Réservez votre démonstration

www.hability.fr | contact@hability.fr | 09 82 30 10 82





Créez vos ateliers de **rééducation respiratoire** avec LORIO Espace, la première solution **interactive** et **ludique** capable de connecter jusqu'à 4 patients en simultanée.



Dispositif Médical certifié CE de classe I - Règlement MDR 2017/745

Pour plus d'informations
<https://www.happlyzmedical.com/>



DES ENTRAÎNEMENTS

Entraînez vos patients aux techniques de rééducation respiratoire comme par exemple la pause inspiratoire ou encore descendre dans les volumes de réserve. Grâce aux biofeedbacks, vos patients sont guidés tout au long de leur exercice.

DES JEUX VIDÉOS

Grâce à l'approche par le jeu vidéo, la rééducation respiratoire devient une distraction et non plus une contrainte. Nos jeux alternent des séquences de techniques respiratoires et des actions classiques de l'univers du jeu vidéo.



DES RÉSULTATS

Suivez la progression de vos patients sur les techniques apprises à travers le tableau de bord individuel.

Une fois le patient de retour à domicile, vous pouvez continuer à suivre ses résultats à distance si celui-ci s'équipe de LORIO Pack Starter (en vente directement sur notre site Internet).



KINESITHERAPEUTE SALARIE : ATTRACTIVITE & FIDELISATION ACTIVITES, EFFECTIFS, RATIOS, CONDITIONS DE TRAVAIL & QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ...

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



ACUALITES PROFESSIONNELLES

Pascale Mathieu, réélue au début de l'été présidente de l'ordre a déclaré en presse poursuivre plusieurs objectifs : l'accès direct, le déploiement des pratiques avancées et une loi valorisant la kinésithérapie supprimant notamment « le terme masseur de la dénomination ordinaire sont dans son viseur ». Elle souhaite également changer l'organisation "archaïque" des professions de santé. Depuis son élection en 2011 comme secrétaire générale, puis en 2016 comme présidente elle a à cœur de faire connaître la profession « trop peu dans les radars des politiques » et la faire évoluer. Après une nouvelle définition de la kinésithérapie (Loi Touraine, 2016) le CNOMK agit, de concert avec les syndicats professionnels des collègues libéraux pour l'accès direct des patients aux kinésithérapeutes sans prescription médicale préalable.

Longtemps rejeté aux calendes le sujet du MK en Pratique Avancée - que le CNKS appelle de ses vœux depuis 1993 (cf. expérimentations ministérielle 1995 -1999 sur les fonctions « d'expertise professionnelle et institutionnelle » au sein des Hôpitaux) et avait suggéré sans succès dans le cadre du Ségur - est depuis récemment à nouveau à l'odj coté CNOMK a-t-elle indiqué, à plusieurs reprises, lors de réunions et à la presse

L'Association CNKS a été à plusieurs reprises depuis le printemps 2024 invitée à évoquer aux côtés d'autres organisations syndicales ou associatives de la profession un projet de Loi et d'autres réflexions sur les évolutions de la profession. Le conseil d'administration de notre association en a débattu et établi les lignes de propositions utiles pour les MKs Salariés : c'est le sens du courrier adressé par le président du CNKS Pierre Henri Haller à Pascale Matthieu, présidente du CNOMK avec en copie l'ensemble des autres organisations.

L'occasion de rappeler les orientations affichées depuis de nombreuses années par le CNKS dont l'essentiel était contenu dans les 7 mesures préconisées pour le Ségur.

UNE NOUVELLE LOI POUR LA KINESITHERAPIE : L'ACTIVITE (la masso-kinésithérapie) ? et que LE METIER LIBERAL ? ou UNE NOUVELLE LOI POUR LA KINESITHERAPIE : LA PROFESSION (le masseur kinésithérapeute) et ses DIFFERENTS METIERS ?

Depuis plusieurs mois, le CNOMK organise des rencontres d'échanges et discussion avec les différentes organisations professionnelles (associatives, syndicales et sociétés savantes) de la profession. Il se propose ainsi d'être le porte-parole de l'ensemble et affiche la volonté de rechercher et d'établir un consensus autour d'une proposition de loi (PPL) « *visant à renforcer la contribution de la kinésithérapie à la santé des Français* ».

Différentes réunions se sont tenues, en présentiel et en distanciel, autour de ce sujet depuis mars 2024. La dernière en date a eu lieu ce mardi 5 novembre. A cette occasion, l'« **Association CNKS** », représentée par son président Pierre Henri HALLER, accompagné d'Anne Marquais, mk au CH de St Quentin, et Servane Prieu, CDS mk de l'hôpital Léon Bérard à Hyères, a pu faire part de son positionnement ainsi que de ses propositions (débatues en amont au cours des réunions du Conseil d'administration et du Bureau National).

L'« **Association CNKS** », se réjouit de cette réflexion et concertation collégiales de l'ensemble des organisations représentantes de la profession - exceptée la FFMKR qui fait cavalier seul sur le même sujet - autour de cette perspective.

Elle souhaite poursuivre les échanges en ce sens à l'avenir.

Elle n'en demeure pas moins étonnée que les points retenus dans la proposition finale de la PPL ne concernent pas, ou ne soient pas applicables, aux MK salariés. (cf. ci contre)

Dès lors l'« **Association CNKS** », soutient notamment qu'il est nécessaire de demeurer attentif aux évolutions de la profession dans son entièreté et que des sujets doivent pouvoir concerner l'ensemble des métiers constitutifs de la profession ou modes d'exercice.

A ce titre elle préconise que cette PPL vise « *à renforcer la contribution du **kinésithérapeute** à la santé des Français* ».

Elle souhaite ainsi faire réactiver - et si possible faire inclure dans cette PPL - les réflexions et propositions sur :

- le MK en pratique avancée
- le MK clinicien chercheur
- l'ASR (assistant de soins en réadaptation)

L'« Association **CNKS** », estime nécessaire et indispensable - qu'au sein de toute la profession et ses composantes - soient clarifiés les termes de ces concepts et, au-delà de distinctions sémantiques, de bien différencier le « MK en PA » du « MK en accès direct », le « MK Clinicien Chercheur » de l'« Enseignant-Chercheur, MK » et l'« ASR de l'aide kinésithérapeute ».

L'« Association **CNKS** », a donc proposé de poursuivre et partager la réflexion ainsi que la méthodologie de travail déjà mise en œuvre autour du kinésithérapeute en pratique avancée. PH Haller a notamment mis en avant la nécessité, avant toute chose, de déterminer le/les objets de recherche avec trois interrogations majeures :

- différencier consensuellement au sein de la profession les concepts et les fondements de l'accès direct, de la pratique avancée et des spécificités d'exercices,
- s'entendre sur l'utilité et la légitimité - interne et externe - de la pratique avancée au sein des professions de santé,
- rechercher l'acceptabilité par les tutelles et les associations de patients de la pratique avancée.

PH Haller, a également rappelé que les éléments de tendance issus des précédentes rondes Delphi (méthode de consensus autour d'un sujet complexe par recueil d'avis itératifs d'experts) menées par l'« Association **CNKS** », faisaient état des besoins suivants :

- besoins liés au grand âge,
- besoins liés à la petite enfance,
- besoins liés aux pathologies cardio-vasculaires et neuromusculaires.

Les affections musculo-squelettiques n'y apparaissent pas comme une priorité en termes de Pratique Avancée. Toutefois, dans un souci de santé publique, cela ne remet en rien en cause l'accès direct au MK pour ce domaine à développer dans le cadre de la pratique libérale.

Devant les nombreux échanges conduits lors de cette soirée et l'exposition de certains discours, l'« Association **CNKS** », suggère que s'il est bienvenu de s'inspirer des modèles anglo-saxons et canadiens, il reste nécessaire de demeurer vigilant et d'entendre d'autres points de vue. Puisque nos systèmes de santé sont différents, les modalités de cadrage et d'application devraient l'être également.

L'« Association **CNKS** », s'est engagée à poursuivre son investissement et à partager son expertise, dans les différents échanges à venir, sur ces sujets. (*)



(*) Rendez vous est proposé par le CNOMK le 21 janvier 2025 à l'odj : Pratique Avancée et accès



Collège National de la Kinésithérapie Salariée

Pierre Henri Haller
Président du CNKS

à Pascale Mattieu
Présidente du CNOMK

Objet : PPL VIRY

le 15 novembre 2024

Madame la Présidente, Chère Pascale,

Suite à notre réunion du 5 novembre dernier, je tiens à te renouveler mes remerciements pour cette initiative qui permet à la quasi-totalité de la représentation associative et syndicale d'échanger, rechercher ensemble les voies et moyens pour favoriser la juste reconnaissance attendue en regard des évolutions de la profession.

Je tiens aussi par la présente à réaffirmer les points que j'ai exposés ce 5 novembre dernier dans mes propos liminaires (faisant suite aux premiers échanges sur les contrats d'apprentissage des étudiants kinésithérapeutes dont il sera nécessaire de reparler, sur le fond et sur la réalité du cadre réglementaire, de la finalité et de l'employabilité salariée).

Le conseil d'administration en marge des JNKS et le bureau du CNKS, précédemment réuni le 4 novembre,

- soulignent l'intérêt de la réflexion et la démarche actuelles sur la proposition de loi,
- relèvent, comme tu l'avais noté lors de notre premier échange sur cette PPL le caractère très orienté vers l'exercice libéral du texte initial
- estiment qu'au-delà de cet aspect « mono centré » il serait certainement plus opérant et plus pérenne à l'instar de la Loi de 1946, ayant fondé la « **profession** » et la protection du titre, de proposer comme titre de cette PPL : proposition de loi visant à **reconnaitre le(s) rôle(s) et mission(s) du kinésithérapeute** dans l'amélioration de l'accès aux soins, n° 227, déposée le mardi 17 septembre 2024.

Pour « compléter » le tableau des attentes de l'ensemble des métiers de notre profession l'Association **CNKS** pense donc nécessaire de faire mentions dans cette PPL de :

1/ l'exercice du kinésithérapeute en pratique avancée (MK PA ou KPA)

Au sens des dispositions régissant les auxiliaires médicaux en pratique avancée, j'ai bien noté, et suis sur la même ligne, ta remarque sur le fait qu'il suffirait de simples déclinaisons réglementaires.

Rappelons néanmoins que de 2016 à 2022 la majorité des organisations professionnelles ne se sont pas prononcées en faveur de l'accès à des kinésithérapeutes en pratique avancée du fait de cette loi jugée inadaptée aux mks du fait du niveau de Master. Mettre aujourd'hui en avant cette demande, consensuelle, distincte des notions d'accès direct, mais aussi de pratiques orientées de fait, de spécialisation et / ou de spécificité, soutiendrait des demandes issues de société savantes comme d'organisations professionnelles et dont la déclinaison pourrait s'appliquer à toutes modalités d'exercice.

Ainsi par exemple les domaines pédiatrique, gériatrique, cardio respiratoire, neuro vestibulaire (...), identifiés dans les rondes Delphi menées par le CNKS auprès de 30 experts seraient confortés en termes d'utilité publique et médico économique, par des actes/ missions et une formation dédiée au-delà du DE.

.1./2.



Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

Objet : PPL VIRY 2/2

2/ l'exercice du kinésithérapeute clinicien chercheur (MK CC ou K CC)

Comme précédemment évoqué, notamment auprès de la mission AMERATI, cette autre perspective de diversification de fonction et de carrière post diplôme, constituerait - à l'instar de l'exercice en pratique avancée - une deuxième alternative clinique à l'exercice du métier d'encadrement.

Répondant à des réalités de terrain et des nécessités de lien étroit entre pratiques clinique, recherche paramédicale et implantation des pratiques probantes, cet exercice de MK CC n'est aucunement en concurrence avec l'enseignant chercheur.

Des dispositions législatives du niveau du code de la Santé Publique instaurant le MK CC officialiseraient cette activité « mixte » clinique et universitaire, distincte d'une activité d'enseignement et universitaire ; elles nécessiteraient en aval des applications réglementaires : de niveau décret et arrêté avec des « grilles fonctionnelles » dans la fonction publique, de type avenant conventionnel pour les conventions collectives (voire avenant à la convention pour le secteur libéral qui pourrait y trouver de l'intérêt).

3/ les assistants de soins en réadaptation (ASR)

Par ailleurs, et compte tenu de l'évolution des pratiques et des nouvelles techniques à haute valeur ajoutée, afin d'éviter des « actes délaissés », posons-nous ensemble la question déjà portée par le CNKS de l'assistant de soins en réadaptation, à l'instar de l'assistant de soins en gérontologie (aide-soignant « plus » disposant de connaissances dans le champ de la démence). Cet assistant - qui ne pourrait exister que sous la responsabilité déléguée d'un rééducateur – officialiserait et circonscrirait des pratiques existantes pour le moins diaphanes et soutiendrait fonctionnellement et statutairement, en milieu salarié (et pourquoi pas en libéral ?), une facilitation de l'autonomie dans les champs interprofessionnels de réadaptation tels que la déambulation, la déglutition, l'installation etc

Ces trois dispositions permettraient la constitution d'un **curriculaire** pertinent et cohérent en regard des besoins de la population et des attentes de reconnaissance d'expertises des professionnels.

- ASSISTANT DE SOINS EN RÉADAPTATION
- **MK DE/MASTER**
puis pour ceux qui le souhaiteraient
- soit **MK CLINICIEN CHERCHEUR** et **ENSEIGNANT CHERCHEUR MK**
- soit **MK en PA**
- soit **CDS MK**

Restant à l'écoute pour poursuivre les réflexions, et dans l'attente de ton retour sur ces suggestions fruits de plusieurs enquêtes auprès des salariés que l'association CNKS versera au dossier des tutelles et représentations nationales soit assurée, chère Présidente, de ma parfaite considération

Bien cordialement

Copie

Messieurs les Présidents des Organisations Professionnelles associatives et syndicales

Pierre Henri HALLER
Président


Collège National
de la Kinésithérapie Salariée

cnks

cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

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

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

EFFECTIFS & RATIOS CHARGE EN SOINS DES SOIGNANTS & BESOINS DE SOINS DES PATIENTS : UN DEBAT SANS FIN, LA QUADRATURE DU CERCLE

KINESCOPE se fait régulièrement l'écho de ce sujet qui impacte la QVT, la pertinence et l'observance des prescriptions, la sécurité voire la perte de chance des patients... Face aux difficultés de recrutement de plusieurs métiers paramédicaux dans certains établissements de santé les tutelles, agences, et autres représentations nationales avancent leurs solutions : des maquettes organisationnelles pour l'ANAP, un projet de loi « Ratios » (sénateur Jomier), et la démarche PARADIGME CARE'S TIME du côté du CSIS. Le CNKS souhaite pour sa part la réalisation d'un véritable travail d'élaboration d'un outil multidimensionnel (pour prendre en compte tous les paramètres*) d'analyse de la charge de travail (du temps de soins) pour définir les effectifs utiles, nécessaires et indispensables aux besoins des patients.

L'ANAP publiait récemment sur les réseaux sociaux :

« Aujourd'hui, les Cleveland Clinic proposent de nombreuses options aux infirmiers : Prises de poste échelonnées (9h à 21h, 11h à 23h...) / Durées de postes flexibles, avec la possibilité de division en horaires plus courts / Planification d'équipe avec un groupe de soignants travaillant le même planning tout au long d'une période de six semaines / Répartition des postes d'infirmières entre plusieurs services comme les soins intensifs et la salle de réveil ou un service d'urgence pour adultes et un service d'urgence pédiatrique / Postes partagés entre deux personnes à temps partiel / Varier les modes d'exercice y compris le télétravail pour les soignants.

La base avant de se lancer dans la flexibilité, ce sont des maquettes organisationnelles solides ! Ca tombe bien, l'Anap a créé un outil pour vous guider pas à pas dans l'estimation et la planification de vos effectifs. Rendez-vous sur notre site web !

Emilie Lebée Thomas

De son côté en réponse Cécile Kanitzer, CGS, rappelle fort justement :

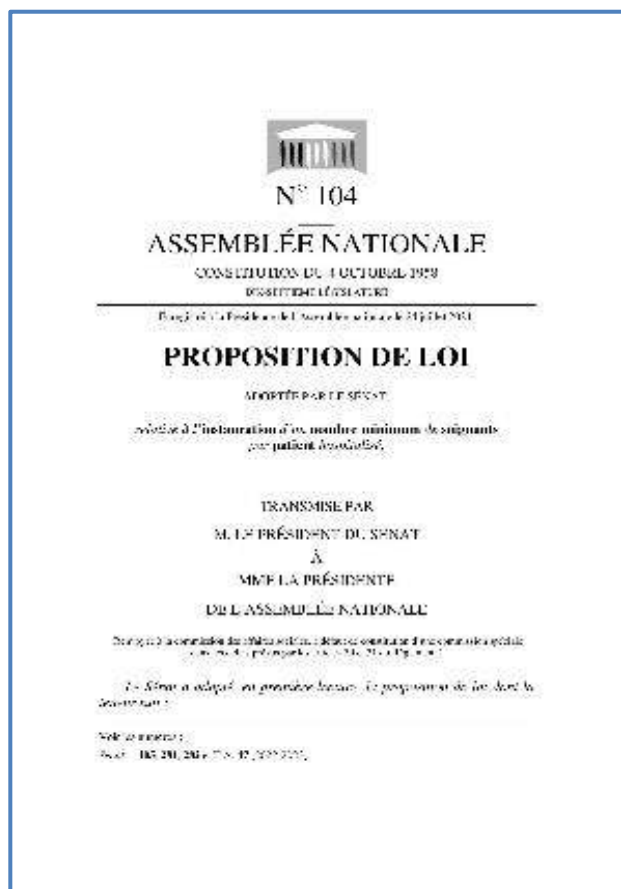
« La compétence française exportée aux États Unis ! L'innovation relative aux organisations des temps de travail paramédicaux, développée dans les hôpitaux français depuis plus de 20 ans inspire les anglo-saxons. Cependant, nos pratiques françaises sont moins connues, moins partagées, moins valorisées, moins médiatiques que celles des américains. C'est dommage.

Notons : 1984 : l'annualisation du temps de travail dans les collectivités et établissements publics. C'est la création des cycles de travail et des durées diversifiées. 2002 : la réduction du temps de travail crée l'aménagement du temps de travail 2004 : nouveau décret sur le temps partiel dans la fonction publique hospitalière et premières expériences de temps pleins partagés entre deux temps partiels. 2015 : la préconisation des arrivées / départs échelonnés est mise en avant à l'occasion d'une instruction DGSO sur les 12h. 2016 : le télétravail entre dans la fonction publique hospitalière. 2021 : AttracTeam, expérimenté à l'APHP, ouvre l'autogestion du temps de travail et l'affectation choisie. Puis la crise sanitaire renforce les affectations partagées dans plusieurs services au profit d'une mutualisation des compétences. 2022 : PARAgDIM(s) : méthode de dimensionnement paramédical du CSIS, positionne le temps soignant par 24h (CARE'S TIME) comme indicateur du temps de soins. 2024 : la semaine de 4 jours arrive à l'hôpital ».

Cécile Kanitzer

Et pendant ce temps là le texte du PPL projet de Loi parlementaire du Sénateur Jomier adopté en février 2023 au Sénat, est passé le 4 décembre 2024 en commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale et devrait être débattu en assemblée plénière le 12 décembre





Le texte adopté en commission (cf. page suivante) est strictement identique à celui du Sénat . KINESCOPE vous rapporte ci-après les discours de début de séance.

M. le président Frédéric Valletoux. Mes chers collègues, notre ordre du jour appelle l'examen de trois propositions de loi du groupe Socialistes et apparentés renvoyées à notre commission, qui seront examinées en séance publique à partir du jeudi 12 décembre.

La commission des affaires sociales examine la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé (n° 104) (M. Guillaume Garot, rapporteur).

M. Guillaume Garot, rapporteur. Cette proposition de loi, adoptée à une large majorité par nos collègues sénateurs, vise à instaurer un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé.

Nous faisons tous le même constat : l'hôpital est en souffrance, en particulier dans les villes moyennes et les départements ruraux. Les soignants sont confrontés à des cadences intenses et de fortes pressions : ils doivent courir d'une chambre à l'autre pour se rendre au chevet des patients et faire à face à de multiples sollicitations, surtout la nuit et le week-end.

L'enjeu pour notre nation est de consolider l'hôpital afin qu'il demeure un élément fondamental de notre pacte républicain. Rappelons qu'il fait partie du legs que nous ont laissé nos aînés après la Seconde Guerre mondiale avec la sécurité sociale issue du programme du Conseil national de la résistance. Ce grand service public de l'hôpital a fait la fierté de notre pays, la grandeur de la France : il garantit à chacun, quelles que soient ses origines, où qu'il habite sur le territoire national, d'avoir accès à des soins de qualité.

Il s'agit de redonner de l'espoir aux soignants et de la confiance aux patients. Actuellement, les infirmiers, les infirmières, les aides-soignantes, les aides-soignants quittent l'hôpital après y avoir travaillé quelques années, parfois pour engager des reconversions professionnelles.

Dans les filières de formation – instituts de formation en soins infirmiers, instituts de formation d'aides-soignants –, nous assistons à un phénomène de plus en plus marqué d'abandons en cours d'études. Bien sûr, il faut prendre en compte les réalités de Parcoursup ; reste que beaucoup de jeunes se disent qu'ils n'y arriveront pas parce que le métier est trop dur. C'est contre cela qu'il faut lutter et c'est bien le sens de cette proposition de loi défendue par notre collègue Bernard Jomier au Sénat.

L'application de ratios de soignants par patient hospitalisé est déjà en vigueur dans notre pays et elle donne de bons résultats. Elle est toutefois limitée à cinq activités de soins : l'obstétrique, notamment la néonatalogie, le traitement des grands brûlés, des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique ou atteintes de cancers ainsi que les soins critiques.

Dans plusieurs pays étrangers, la mise en œuvre des ratios a fait la démonstration de son efficacité. Citons en particulier les États-Unis avec la Californie et l'Australie avec le Queensland. Une étude de The Lancet menée à partir du cas australien a montré que le coût correspondant à la hausse des effectifs a engendré des économies d'un montant deux fois plus élevé. Les ratios permettent d'alléger des postes de dépenses très lourds pour le système de santé en réduisant le nombre des infections nosocomiales et des erreurs médicamenteuses, en diminuant le temps d'attente aux urgences et le risque de réhospitalisation, en favorisant des guérisons plus rapides. Il faut donc considérer ces dépenses dans l'humain comme un investissement pour l'hôpital, qu'il s'agisse de l'amélioration des conditions de travail des soignants ou de la qualité accrue des soins reçus par les patients.

Cette proposition de loi suscite une très forte attente dans la communauté hospitalière. Nous sommes nombreux ici à le mesurer, en particulier Sabrina Sebaihi qui a reçu plusieurs collectifs d'organisations syndicales. Tous disent leur besoin de pouvoir se projeter dans l'avenir.

Ce texte provoque aussi chez certains élus des craintes, que je tiens à apaiser. Ils redoutent que la mise en œuvre immédiate des ratios ne bloque le système en provoquant la fermeture de lits et de services, faute d'effectifs de soignants suffisants.

Il n'est dans l'esprit de personne de s'engager dans cette politique, à marche forcée, de manière bureaucratique. Il est bien évident qu'appliqués d'un claquement de doigts, loin de remplir leur office, ils aggraveraient la situation. C'est la raison pour laquelle il est prévu de les établir de manière progressive. Le décret fixant la date à partir de laquelle ils entreront en vigueur ne sera pas signé sur un coin de table par l'administration du ministère de la santé. Il ne sera élaboré que sur la base des travaux conduits par la Haute Autorité de santé (HAS) qui prendra le temps suffisant pour formuler ses recommandations à l'horizon de deux, quatre ou cinq ans. Ainsi, nous laisserons le temps nécessaire pour la formation des futurs soignants. Les exemples étrangers montrent que les métiers du soin redeviennent attractifs lorsqu'on peut garantir de meilleures conditions de travail.

Par ailleurs, pour échapper à tout risque bureaucratique, nous prévoyons que les ratios seront mis en œuvre au niveau local, à l'échelle de chaque établissement. Les commissions médicales d'établissement (CME) et les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) auront leur rôle à jouer. Chacun sait ici que la date du 1^{er} janvier 2027 fixée pour l'entrée en vigueur des ratios n'est pas tenable. Seulement, ce texte comprend les outils nécessaires pour une application à l'horizon de six, sept ou huit ans.

Cette proposition de loi constitue une étape très importante vers la reconstruction de notre hôpital. Nous sommes attendus par les soignants, par ceux qui n'en peuvent plus, par ceux qui se demandent s'ils doivent continuer ou se reconverter. C'est maintenant qu'il faut réagir. Et si nous voulons que les travaux nécessaires à l'application de ces quotas commencent le plus rapidement possible – même si nous visons un horizon de cinq ou sept ans pour la mise en œuvre effective –, il faut adopter le texte conforme. C'est la raison pour laquelle, en tant que rapporteur, je m'opposerai à toute modification du texte. Cela ne nous empêchera bien sûr pas de débattre et de nourrir la réflexion du Gouvernement puis de la HAS. Pour redonner de l'espoir aux soignants et de la confiance aux patients, votons cette proposition de loi.

Article unique

(Non modifié)

- ☐ I. – Après le 4° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :
- ☐ « 4° bis Établir, pour chaque spécialité et chaque type d'activité de soins hospitaliers et en tenant compte de la charge des soins associée, un ratio minimal de soignants, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins ; ».
- ☐ I bis. – Le chapitre IV du titre II du livre 1^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par des articles L. 6124-2 à L. 6124-5 ainsi rédigés :
- ☐ « Art. L. 6124-2. – Pour des raisons de sécurité, certaines activités de soins peuvent être soumises à des conditions de fonctionnement particulières requises pour l'accueil de patients. Celles-ci sont fixées par décret pour une période maximale de cinq ans.
- ☐ « Art. L. 6124-3. – En vue de garantir la qualité des soins et des conditions d'exercice, il est défini, pour chaque spécialité et type d'activité de soin hospitalier, un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires.
- ☐ « Le ratio prévu au premier alinéa est établi par décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, pour une période maximale de cinq ans. Il tient compte de la charge des soins liée à l'activité et peut distinguer les besoins spécifiques à la spécialisation et à la taille de l'établissement.
- ☐ « Art. L. 6124-4. – Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, l'organisation des soins propre aux services de l'établissement au regard des ratios définis en application de l'article L. 6124-3 est soumise pour approbation aux commissions médicales et aux commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- ☐ « Art. L. 6124-5. – Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, lorsqu'il est constaté pour une unité de soins que les ratios définis à l'article L. 6124-2 ne peuvent être respectés pendant une durée supérieure à trois jours, le chef d'établissement en informe le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent. »
- ☐ II et III. – (Supprimés)
- ☐ IV. – A. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2024.
- ☐ B. – Le I bis entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027

Le Syndicat National des Personnels Infirmiers affiche dans sa communication sur ses réseaux sociaux un optimisme certain

Enfin une bonne nouvelle pour les #soignants ! La proposition de loi instaurant un nombre de patients par soignant a été adoptée en Commission des Affaires Sociales !
Espérons que l'Assemblée nationale adoptera le 12 décembre ce texte à l'unanimité comme l'a fait le Sénat en 2023 !
Californie, Corée du Sud et Australie ont une loi sur les #ratios de #patients par #infirmière pour la #qualité et #sécurité des #soins
Certes, cela coûte plus cher dans un premier temps en raison de l'augmentation de la masse salariale. Mais on voit que, dès la troisième année, c'est rentable car le fait d'avoir plus d'#infirmières au lit du #patient réduit le coût de la pathologie en diminuant les durées d'hospitalisation et les réhospitalisations, les infections nosocomiales, les effets secondaires, ... Car courir d'un patient à l'autre empêche d'observer certains signes cliniques qui permettent de détecter l'aggravation de l'état de santé.
Pour les soignants, cela permet de réduire les accidents de travail et les arrêts maladies pour #burnout ou #dépression. Avoir une charge de travail correcte permet de retrouver du #sens donc de #fidéliser les équipes, et de faire revenir les soignants qui avaient cessé d'exercer pour fuir ces conditions de travail indignes.
En Californie, depuis que la loi sur les #ratios a été mise en place, les accidents de travail chez les infirmières ont baissé de 31,6 %, et les postes vacants ont diminué de 69 %. Alors pourquoi la France laisse-t-elle ses #hôpitaux s'effondrer sous la pression ?
Les normes internationales de qualité, c'est 6 à 8 patients par infirmière. En France, c'est le double la journée, pire la nuit. Or les études scientifiques sont formelles : tout patient supplémentaire, c'est 7 % de #mortalité en plus.
Le 12 décembre, le choix des #députés sera simple : investir pour sauver, ou économiser pour risquer des vies. Dans quel sens voulez-vous que votre santé aille ?

Pour sa part le CNKS se préoccupe - voire s'inquiète - de la méthodologie qui sera proposée pour - comme l'indique avec prudence - le tout début de cet article unique "Etablir, pour chaque spécialité et chaque type d'activité de soins hospitaliers et en tenant compte de la charge des soins associée,..." ; sera-t-elle suffisamment robuste et souple à la fois, commune et néanmoins adaptée - ou plutôt adaptable - aux situations très variables entre les filières et à l'intérieur même des filières, selon le type de service

En clair les critères "lits et passages" évoqués par ce texte nous semblent insuffisamment stables et fiables pour déterminer une charge en soins correspondante aux besoins en soins des patients. Toujours cette question de la globalisation ou de la spécification ! Ce qui par ailleurs est certain à notre point de vue c'est que cette édification de ratios – si elle se révèle un facteur non négligeable d'amélioration de la QVCT - ne saurait par contre être la démarche miracle et unique pour restaurer "attractivité et fidélisation".

A suivre ...

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)*



Kinéscope

La Lettre

& L'Esprit du CNKS

ACTIVITES & EVENEMENTS ASSOCIATIFS

STKS

Le jeudi 21 novembre 2024, de 18h30 à 20h15, s'est tenue une STKS en visioconférence avec pour thème Kinésithérapeute salarié et Mission(s) Humanitaire(s) à laquelle 42 collègues s'étaient inscrits : 30 MKs & 12 CDS MK.



Comme pour chacune des 8 précédentes éditions l'Association CNKS avait préalablement souhaité réaliser une enquête express (du 6 au 20 novembre 2024).

Principaux résultats des répondants :

- 75% femmes 25% Hommes
- 08,33 % ... 20 à 30 ans
- 25,00 %... 31 à 40 ans
- 33,33 % ... 41 à 50 ans
- 02,78 % ... 51 à 60 ans
- 05,56 % ... plus de 60 ans
- 13,89 % salarié < 5 ans
- 13,89 % salarié 5 à 10 ans
- 16,67 % salarié 10 à 15 ans
- 19,44 % salarié 15 à 20 ans
- 08,33 % salarié 20 à 25 ans
- 27,78 % salarié > 25 ans



- 2,78 % stagiaire ou période d'essai
- 5,56 % CDD
- 38,89 % CDI
- 08,33 % contractuel
- 44,44 % titulaire ou confirmé
- 77,78 % temps plein
- 19,44 % temps partiel
- 02,78 % mixte
- 69,44 % établissement public
- 27,78 % établissement privé BNL
- 02,78 % établissement privé lucratif
- 21,88 % ont fait de l'humanitaire
- 78,13 % n'ont pas fait d'humanitaire
- 59,38 % souhaiteraient en faire
- 12,50 % ne souhaitent pas en faire
- 28,13 % peut être
- 56,25 % connaissent des organismes permettant de pratiquer la MK dans un cadre humanitaire
- 43,75 % ne connaissent pas
- 90,63 % ignorent les textes législatifs et réglementaires / mission(s) humanitaire(s)



En 2025 l'Association CNKS :

- réalisera un « dossier L'essentiel » KINESITHERAPIE SALARIEE & MISSION(S) HUMANITAIRE(S)
- ouvrira les colonnes de KINESCOPE aux RETEX de collègues sur ce sujet.

JNCS Journées Nationales des cadres de santé ANCIM à Marseille les 25 et 26 novembre 2024 :

« Entre art et science, les compétences innées et/ou acquises des cadres de santé »

Parmi les très nombreux participants (800 congressistes, intervenants et exposants) une délégation de l'Association CNKS composée



de Pierre Henri Haller, Président (par ailleurs membre du bureau de l'ancim), d'Olivier Saltarelli, secrétaire général, d'Yves Cottret, délégué général, de Servane Prieu membre du Bureau, de Christelle Berthezene, membre du CA et d'Anne Pilotti past member du CA.

L'occasion aussi de conforter nos liens avec les représentants de SPS dont Catherine Cornibert sa directrice générale
Et de rappeler aux adhérents du CNKS la possibilité de bénéficier des actions proposées par SPS

Le conseil d'administration de l'ANCIM a publié sur ses réseaux sociaux : « Vos échanges, vos idées, et votre engagement sont la preuve que notre communauté est unie et tournée vers l'avenir de nos pratiques. Merci pour votre énergie : vos contributions ont enrichi ces journées et renforcé l'esprit collaboratif qui nous anime »

Rendez-vous l'année prochaine à Lille (24-25 novembre 2025)



**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 Mithras



**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



Soins aux Professionnels de la Santé

En partenariat avec



AGENDA 2024 - 2025

Les engagements des militants ...

- **Bureau National** le lundi à 20 h 30
9 décembre 2024 / 6 janvier 2025 / 3 février 2025 / 3 mars 2025 / 7 avril 2025 /
5 mai 2025 / 2 juin 2025 / 15 juillet 2025 / 1 septembre 2025 / 3 octobre 2025 /
3 novembre 2025 / 1 décembre
- **Conseil d'Administration** le Samedi dès 9 h
16 décembre 2024 / 14 & 15 mars 2025 (Séminaire) /
28 juin 2025 / 24 septembre 2025 (lors des JNKS) / 12 décembre 2025

- **SOIREES THEMATIQUES KINESITHERAPIE SALARIEE (STKS) en visio**
*Ouvertes au kinésithérapeutes salariés et cadres kinésithérapeutes ou rééducateurs
d'établissements publics et privés sur inscription préalable. L'occasion pour le CNKS de
présenter les résultats d'enquêtes express sur la thématique, d'écouter des collègues experts
sur l'actualité du domaine et d'échanger avec tous les participants qui le souhaitent*

5 thèmes retenus :

Mission Humanitaire / Pédiatrie / Risques professionnels / Gériatrie / Encadrement

- | | | |
|--------|-------------------------|------------------|
| • STKS | Jeudi 21 novembre 2024 | (18 h 30 à 20 h) |
| • STKS | Jeudi 14 décembre 2024 | (18 h 30 à 20 h) |
| • STKS | Jeudi 13 mars 2025 | (18 h 30 à 20 h) |
| • STKS | Jeudi 15 mai 2025 | (18 h 30 à 20 h) |
| • STKS | Jeudi 04 septembre 2025 | (18 h 30 à 20 h) |

- **JNKS HYERES 2025**
du mercredi 24 au vendredi 26 septembre 2025

*pour promouvoir la kinésithérapie salariée
accompagner et représenter
les kinésithérapeutes et cadres kinésithérapeutes salariés*



Réservez votre démonstration

www.hability.fr | contact@hability.fr | 09 82 30 10 82

kūrage

MOVEMENT FOR LIFE

Le 1er système embarqué combinant un outil d'évaluation et de rééducation à la marche !

1. Diagnostic et classification

2. Pilotage de l'entraînement

3. Suivi et accompagnement

Remarque : le système embarqué est un outil d'évaluation et de rééducation à la marche. Il ne remplace pas un professionnel de santé. Pour plus d'informations, contactez-nous : contact@kourage.fr

NeuroSkin®

La première neuroprothèse pilotée par IA au service de la rééducation à la marche

www.kourage.fr

MACSF

Ensemble, prenons soin de demain

La MACSF propose systématiquement une assistance psychologique dans ses contrats santé, prévoyance et RCP-PP.

Ensemble, prenons soin de demain

3233

macsf.fr

Médimex

ÉVALUATION - RÉÉDUCATION - PERFORMANCE

DÉCOUVREZ NOS DISPOSITIFS DE NEURO-READAPTATION

VIBRAMOOV PHYSIO

Dispositif 3 en 1 qui permet de réinnover les mouvements : grâce à l'application de Stimulation Prédictive Fonctionnelle (PPF) il active des zones sensorielles particulières. Les patients ressentent le mouvement et le système nerveux central réagit en initiant une réponse motrice correspondant à la sensation reçue. Il permet également de réduire la douleur ou réguler l'activité musculaire.

VIBRAMOOV PRO

Dispositif de neuro-réadaptation prescriptif et intensif pour préserver et améliorer les fonctions sensorielles des patients souffrant de troubles du contrôle moteur. Il fournit des Stimulation Prédictive Fonctionnelle (PPF) permettant aux patients de ressentir un mouvement naturel et le système nerveux central réagit à cette sensation. En mode vibration tactile, le VibramovPro permet de réguler l'activité musculaire pour des patients souffrant de spasticité.

A TESTER SUR NOTRE STAND AUX JNKS

POURQUOI CHOISIR NOS DISPOSITIFS ?

Innovation médicale : Des technologies de pointe et des produits scientifiquement validés

Installation et formation : Des équipes dédiées pour l'installation, la mise en service et la formation sur ces dispositifs

www.medimex.fr

Dextrain

Pour une rééducation de la dextérité intense et accessible

Créez un programme de rééducation de la dextérité accessible à tous !

Manipulandum

HomeRehab

Une approche sensorimotrice basée sur le feedback de force de chaque doigt

Une évaluation et une rééducation intense et spécifique de la dextérité manuelle

Des outils ergonomiques pour une rééducation accessible et en autonomie

Pour plus d'informations ou organiser une démonstration dans votre service, contactez-nous à : contact@dextrain.com

www.dextrain.com

MERCI AUX PARTENAIRES & EXPOSANTS KINESCOPE & JNKS NANTES 2024

LORIO Espace

DES ENTRAÎNEMENTS

DES JEUX VIDÉOS

DES RÉSULTATS

www.lorio.com

MACSF

OUI, le monde de la santé a aussi besoin que l'on prenne soin de lui

La MACSF propose systématiquement une assistance psychologique dans ses contrats santé, prévoyance et RCP-PP.

Ensemble, prenons soin de demain

3233

macsf.fr

GMF Assurément Humain

S'engager auprès de ceux qui se mettent au service des autres, c'est ça être assurément humain.

www.gmf.fr

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

mer. 24 am, jeu. 25 & ven. 26 septembre 2025

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE : FAIRE EQUIPE & ETRE AUX COTES DE
[2024 - 2025 - 2026]



JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE

Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS Organisée et gérée sous l'égide de KOP
n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 - DATADOCK 0035038

PARLONS EN, ENSEMBLE ... au sein de l'Hôpital Léon Berard, Hyères (83)

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

A VOS AGENDAS & PRE-INSCRIVEZ VOUS AUPRES DES SERVICES DE FORMATION CONTINUE

avant - programme 08 10 2024

JNKS HYERES 2025

mercredi 24 septembre après-midi

Session 1 Kinésithérapie Salariée ... & Politiques Publiques

Session 2 Kinésithérapie Salariée ... & Recherche - Innovation

- Place et rôle des kinésithérapeutes salariés & des patients (ressources, experts...) dans la formation initiale, la formation continue, les pratiques, la recherche, l'innovation
- Innovation en réadaptation : sociologie des usages

JNKS HYERES 2025

jeudi 25 septembre

Session 3 KS ... & territoires disciplinaires

matin

- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Pédiatrie
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Neurologie
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Gériatrie

Session 4 KS ... & attractivité et/ou fidélisation

après midi

- Pluri-activité, diversité culturelle, diversité générationnelle & interprofessionnalité
- Encadrement des équipes, des étudiants & relations aux patients

JNKS HYERES 2025

vendredi 26 septembre

Session 5 KS ... & territoires disciplinaires

matin

- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Soins Critiques
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Cardiologie
- Au cœur des pratiques et « expérience patient » en Brûlologie

Session 6 KS ... & société

après midi

- Handicap & Réadaptation : quel(s) devenir(s) ?
- Kinésithérapeute & risque(s) professionnel(s) en question

(*) suivez l'évolution du programme des JNKS 2025 HYERES

- sur www.cnks.org et sur linkedin, facebook et X
- dans KINESCOPE la lettre et l'esprit du CNKS, revue bimestrielle aux adhérents et abonnés

1ère

Annonce (*)

 <https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2025-adhesion-individuelle>

Inscriptions aux JNKS : bénéficiez du tarif adhérent à l'association CNKS !

PARLONS EN, ENSEMBLE ... au sein de l'Hôpital Léon Berard, Hyères (83)



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





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

Offrir plus
d'avantages à ceux
qui prennent soin
de nous, c'est ça
être assurément
humain.



Gabriel,
infirmier.

BÉNÉFICIAIRES DU C.G.O.S

-20%*

SUR VOTRE ASSURANCE AUTO, MOTO,
HABITATION OU ACCIDENTS ET FAMILLE
la 1^{re} année sur votre 1^{er} contrat souscrit

50€
OFFERTS*

lors de la 1^{re} échéance annuelle
de ce 1^{er} contrat



Assurément
Humain

*Réductions applicables pour le 1^{er} contrat AUTO PASS ou MOTO PASS ou Habitation DOMO PASS ou AMPHI PASS ou Accidents et Famille souscrit entre le 01/01/2024 et le 31/12/2024 par lequel le bénéficiaire CGOS devient nouveau sociétaire GMF. La réduction de 20 % est valable sur le montant de la première année de cotisation (hors droit d'entrée, frais d'échéance et frais de mensualisation). Offres non cumulables avec toute offre en cours. En cas d'offre spéciale GMF, application de l'offre la plus avantageuse.

Conditions et limites des garanties de nos contrats AUTO PASS, MOTO PASS, habitation DOMO PASS, habitation AMPHI PASS et Accidents & Famille en agence GMF. Les Conditions Générales et les Conventions d'assistance de ces contrats sont consultables sur gmf.fr et disponibles dans les agences GMF.

GMF ASSURANCES - Société anonyme au capital de 181 385 440 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Nanterre 398 972 901 - APE 6512 Z - Siège social : 148, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. Les produits distribués par GMF ASSURANCES sont assurés par GMF ASSURANCES et/ou LA SAUVEGARDE et/ou GMF VIE et/ou Covéa Protection Juridique et/ou AM-GMF.

© Julien Magre.

DÉCOUVREZ NOS DISPOSITIFS ANALYSE DU MOUVEMENT

KINTRACK

Sous forme d'un chariot roulant composé d'un ordinateur et d'une caméra, KinTrack mesure les principaux paramètres spatio-temporels de la marche, réalise de l'analyse cinématique, des tests Timed Up and Go & Tinetti et fournit une puissante plateforme d'analyse visuelle grâce aux vidéos 2D et 3D.



WALKER VIEW

Tapis destiné à la médecine sportive, à la rééducation, à la thérapie locomotrice, à l'analyse de la marche et du mouvement et à la cardiologie. Il est également doté d'une fonction innovante SCX pour l'adaptation automatique de la vitesse en fonction du rythme naturel de l'utilisateur.



GRAIL

Composé d'un tapis à double plateforme de marche associé à un dispositif d'analyse du mouvement, cette solution complète d'analyse et d'entraînement à la marche permet d'avoir un retour cinématique et dynamique en temps réel dans diverses conditions de situation.



POURQUOI CHOISIR NOS DISPOSITIFS ANALYSE DU MOUVEMENT ?

Innovation médicale

Des technologies de pointe et des produits scientifiquement validés

Installation et formation

Des équipes disponibles pour l'installation, la mise en service et la formation sur ces dispositifs

EXOSQUELETES : QUAND L'INNOVATION REDÉFINIT LA RÉÉDUCATION

En janvier 2023, lors de l'inauguration de Station Debout, Emmanuel Macron a annoncé la mise en place d'une aide au déploiement de près de 200 exosquelettes dans toute la France. Chaque département pourra ainsi bénéficier de deux dispositifs, permettant aux établissements de soins médicaux et de réhabilitation (SMR) d'améliorer la prise en charge des patients, notamment ceux victimes de lésions cérébrales ou de la moelle épinière. Cette initiative marque un progrès médical majeur qui redéfinit les modèles de rééducation.

UNE AVANCÉE TECHNOLOGIQUE MAJEURE

Les exosquelettes sont des dispositifs robotiques portables conçus pour améliorer, renforcer et faciliter la posture, le mouvement ou l'activité physique des utilisateurs. La conception de ces dispositifs permet de stimuler la plasticité cérébrale, favorisant ainsi la récupération des mouvements indispensables à l'autonomie.

En plus de leur utilisation dans la rééducation des adultes, les exosquelettes commencent à être adaptés aux besoins spécifiques des enfants. Leur utilisation dépasse la simple mobilité, avec des conséquences bénéfiques sur le bien-être psychologique grâce au retour à une certaine indépendance.

INTÉGRATION DES EXOSQUELETES DANS LES SOINS

L'intégration des exosquelettes dans les pratiques cliniques requiert une approche pratique spécifique. Il est essentiel que les établissements de santé aient non seulement les équipements nécessaires, mais également des programmes de formation adaptés. Ces derniers leur permettent d'utiliser efficacement les exosquelettes dans les protocoles de rééducation.

Il est également essentiel d'élaborer des protocoles cliniques spécifiques basés sur les caractéristiques de chaque patient, soutenus par des recherches et des études de cas. Enfin, effectuer un suivi rigoureux permettra d'évaluer leur efficacité et d'adapter les traitements en conséquence.

L'ENGAGEMENT DE MÉDIMEX ET DE SES PARTENAIRES

Médimex s'affirme comme un acteur clé dans l'intégration des exosquelettes au sein des parcours de soins. L'entreprise s'engage à proposer des dispositifs adaptés à tous les âges et à intensifier ses programmes de formation notamment grâce à Julien Tripard, Enseignant APA au Centre Bretegnier à Héricourt et formateur pour EksoNr :



Julien Tripard

Enseignant APA,
Centre Bretegnier
à Héricourt

« Nous utilisons l'exosquelette EKS0 NR depuis bientôt 3 ans. Aucun SAV n'a eu lieu sur le robot et nous en sommes d'un point de vue utilisation très satisfait. Cet exosquelette permet d'avoir une flexibilité de déplacement très intéressante (non limitée par l'usage d'un rail au plafond) sur des sols plutôt plats (légère pente possible) avec une belle maniabilité de l'appareil. Le thérapeute fait vraiment corps avec la machine et nous pouvons facilement mesurer les progrès des patients grâce à l'adaptabilité de l'appareil. »

Oui,
le monde de la santé
a aussi besoin
que l'on
prenne soin
de lui

La MACSF propose systématiquement
une assistance psychologique
dans ses contrats santé, prévoyance et RCP-PJ*.

En savoir plus :



Ensemble, prenons soin de demain 

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

PUBLICITÉ