

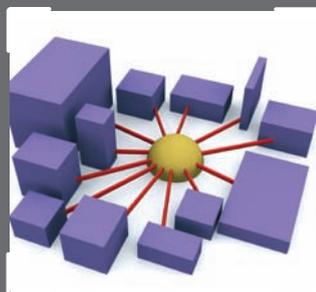


Référentiels en kinésithérapie : des outils **clefs** ? P04

→ P4 Référentiels musées
ou référentiels projets ?



→ P11 Référentiels :
entre outils et processus



→ P25 Ethique :
singulière ou collective



Décembre 2007
n°07

"L'avenir
quotidien"

EDITION



Santé
Synergie

La référence* des professionnels quel que soit son nom

Elastoplaste® s'efface pour devenir Tensoplast®

DÈS JANVIER 2008

actifs dès
JANVIER
2008

Changement de nom, changement de codes ACL...

Désignation	Dimensions	Anciens codes ACL Elastoplaste®	Nouveaux codes ACL Tensoplast®
Tensoplast® HB	2,5 m x 3 cm	6011105	4704821
Tensoplast® HB	2,5 m x 6 cm	6602102	4704838
Tensoplast® HB	2,5 m x 8 cm	6602119	4704844
Tensoplast® HB	2,5 m x 10 cm	6602125	4704850
Tensoplast® HB	2,5 m x 15 cm	6011111	4704867
Tensoplast® HB	2,5 m x 20 cm	6079422	4704873
Tensoplast® HBC	2,5 m x 8 cm	6602131	4704896
Tensoplast® HBC	2,5 m x 10 cm	6602148	4704904

Pour toute information, n'hésitez pas à
contacter notre Service Relations Clients:
02 43 83 40 40

BSNmedical

BSN medical SAS / Division Commerciale
25, boulevard Marie et Alexandre Oyon • 72058 Le Mans Cedex 2
Tél. 02 43 83 40 40 • Fax. 02 43 83 40 41

*Source IMS Healthcare / Dataview

Sommaire n°07 Décembre 2007

Macroscopie Référentiels de musées ou référentiels de projets ?	P04
Au cœur de la recherche Architecture d'un article scientifique	P08
Au cœur des organisations Les référentiels : entre outils et processus	P11
Au cœur de la formation Formation initiale, formation continue, formation tout au long de la vie	P13
Au cœur du métier Définition de la profession	P19
Macroscopie L'éthique est-elle singulière ou collective ?	P25

Périscope

"Quand il s'agit d'histoire ancienne, on ne peut pas faire d'histoire parce qu'on manque de références. Quand il s'agit d'histoire moderne, on ne peut pas faire d'histoire, parce qu'on regorge de références."

Charles Péguy



2007 / 2008 : mutatis mutandis ?

Du côté de l'organisation de la profession, ce fut la mise en place du Conseil de l'Ordre avec les actions et réactions diverses que celle-ci suscite dans le secteur salarié.

Du côté de l'enseignement, la réflexion sur l'universitarisation avance petits pas à petits pas. Les quotas d'étudiants en formation évoluent mais de nombreux postes de salariés restent vacants dans les établissements de santé du secteur public ou privé... entraînant un déficit d'encadrement des étudiants en formation initiale.

Du côté du management, la poursuite de la mise en place de la nouvelle gouvernance positionne l'encadrement "au cœur de la conduite du changement", comme l'a rappelé Annie Podeur, directrice de la DHOS. La mise en place des pôles implique un changement des missions des cadres et cadres supérieurs qui ne sont pas en charge de la gestion paramédicale de ces pôles.

Du côté de la Haute Autorité de Santé : la démarche d'accréditation cède le pas à la certification, version 2006 jusqu'en avril 2008 puis version 2007 ensuite... incluant le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles au sein des établissements mais bientôt aussi à titre individuel pour chacun d'entre nous.

Du côté des réformes budgétaires hospitalières, la mise en place de la tarification à l'activité en court séjour s'étend pour tendre vers 100% et s'appliquera bientôt dans le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Du côté du Ministère de la Santé, la parution sans doute début 2008 du décret actuellement en préparation concernant la réforme des autorisations en SSR changera l'actuel paysage du champ de la réadaptation.

Ces multiples évolutions vont se poursuivre en 2008, année de transition pour nos métiers où la gestion des compétences sera un enjeu stratégique majeur pour la prise en charge des patients mais aussi pour la pérennité professionnelle...

En effet à compter du 18 décembre relance du chantier référentiel métier / référentiel compétences, aux fins de VAE et de réforme de la formation initiale ; à compter de la mi-janvier enquêtes de terrain et en février ou mars réunions "groupe métier" animées par la DHOS dans le cadre de l'étude prospective sur le métier de kinésithérapeute hospitalier.

Meilleurs vœux 2008 à la kinésithérapie salariée et aux kinésithérapeutes salariés.

Laurence JOSSE
Secrétaire général



Direction de la publication
Yves Cottret

Rédacteurs en chef
Brigitte Plages, Jacques Bergeau

Comité de rédaction
Pascale Gosselin, Andrée Gibelin, Maryvonne Grunberg, Laurence Josse, Daniel Michon, Éric Roussel, Hélène Bergeau, Martine Hedreul-Vittet, Marie Hélène Scapin, Philippe Stevenin

Secrétaire de rédaction
Pascale Clément



Conception, réalisation,
régie publicitaire & édition
Cithéa Communication
178, quai Louis Blériot
75016 Paris
Tél : 01 53 92 09 00
Fax : 01 53 92 09 02
cithéa@wanadoo.fr
RCS PARIS B 422 962 233 - APE 744 A
SARL AU CAPITAL DE 40 000 €

Crédits photographiques
Fotolia.

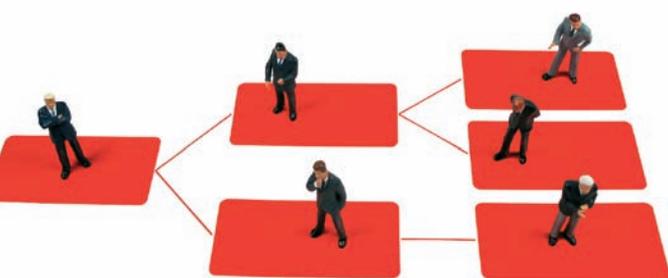
Impression
Tanghe Printing

Dépôt légal :
4^{ème} trimestre 2007
ISSN : 1956-7596

La rédaction décline toute responsabilité
pour les documents qui lui ont été remis.

kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Le terme "référentiel" est devenu un terme à la mode depuis une dizaine d'années en France. Il s'inscrit dans le droit fil du vocabulaire de "l'évaluation", de la "qualité" et de "l'audit". Actuellement, toutes les professions sont amenées à construire leurs référentiels pour se positionner tant en regard de leurs formations que de leurs pratiques. Ces référentiels participent à la certification des métiers et deviennent ainsi un élément clef dans leur hiérarchisation. Aussi derrière les référentiels se cachent des enjeux de savoir et de pouvoir. L'élaboration des référentiels interroge la qualité des modalités de leur conception. La constitution des référentiels étant une tâche austère qui nécessite des qualités de persévérance et de communication de groupe, le choix des "décideurs" orientera durablement les activités professionnelles. Nous allons dans un premier temps questionner le sens de ce mot pour essayer d'approcher les intentions de ceux qui l'utilisent, nous nous interrogerons ensuite sur les modèles d'évaluation auxquels il réfère.



1. De l'origine à l'usage du mot référentiel

ORIGINE DU MOT

Le mot référentiel (cf. petit Robert) nom masculin assez récent (une cinquantaine d'années) peut être aussi utilisé en tant qu'adjectif. Dans tous les cas il est issu de "référence" et dans les premiers temps de son utilisation il était utilisé dans le champ des mathématiques et de la physique. Il représente une donnée objective (le plus souvent) qui permet de renvoyer à un élément du monde existant. Le verbe référer signifie qu'une personne se rapporte à un élément ou qu'elle rapporte à une autre personne.

Le référentiel nomme une partie d'un ensemble d'éléments, il ne rassemble pas à lui seul la totalité, qui peut être approchée par l'utilisation de plusieurs référentiels sans pour autant être appréhendée dans sa globalité.

Actuellement un référentiel se traduit concrètement par l'établissement d'une liste (si possible exhaustive) non hiérarchisée d'activités ou de compétences ou d'autres items choisis, tels que des modèles théoriques.

CONFECTION DU RÉFÉRENTIEL

Une liste est établie par un groupe de personnes ayant une légitimité pour le faire, représentants d'une profession pour un référentiel de métier par exemple. La démarche de construction des référentiels constitue en fait la partie dynamique la plus intéressante car le groupe débat sur les limites de ce qui appartient ou non à une catégorie. Cette conception s'appuie sur des constats, sur des enquêtes, sur des entretiens... le choix de la méthode d'élaboration et la rigueur avec laquelle elle est conduite, déterminent l'authenticité et assure de sa légitimité lors de son utilisation ultérieure. Cette phase d'élaboration peut être longue car elle ne doit rien laisser au hasard, elle ne peut pas être réalisée par une personne seule, elle fait l'objet d'une concertation et d'une vérification.

Le travail d'échange entre les personnes participant à la conception du référentiel est important et il permet à chacun de s'approprier les contenus du référentiel. Cette démarche mobilise fortement le groupe car elle contraint chacun à s'affirmer et à défendre, pied à pied, son point de vue tout en acceptant que les autres puissent aussi avoir des idées différentes dont il peut

s'enrichir. Cette altérité de la pensée est nécessaire pour que le groupe puisse être "auteur" d'un projet qu'il défendra ultérieurement. Le fait d'établir un référentiel participe en fait à la réalisation d'un projet qui s'appuiera sur cette "plateforme" pour en faire un objet ou simplement pour refaire une nouvelle version de celui-ci.

LA FINALITÉ DU RÉFÉRENTIEL

Un référentiel sert à stocker des éléments participant à une même entité (par exemple les activités ou les compétences d'un groupe professionnel). La constitution d'une liste ne constitue que la base qui sera ensuite utilisée pour comparer un élément déjà existant à un plus récent. Nous pouvons dire dans ce sens que le présent réfère au passé, soit pour le reproduire, soit pour s'en inspirer ou au contraire pour s'en écarter. Le référentiel est marqué au sceau de la temporalité (passé, présent, futur) il s'inscrit presque spontanément dans une logique de répétition, de non changement. Le référentiel sert en fait la cause de l'évaluation par son rôle de comparateur. J.M. De Ketele pose la question de la nature des référentiels pour évaluer. Mais nous pouvons aussi nous interroger sur la faisabilité et la pertinence d'une évaluation qui se ferait sans référentiel. Nous voyons bien dans le cas de la formation de professions artistiques, par exemple, les difficultés pour les membres du jury d'évaluer un objet qui n'a pas encore eu d'équivalent.

RÉFÉRENTIEL ET RÉFÉRENTIALISATION

C'est la dimension d'échange et de complémentarité qui donne toute la force au référentiel et sa rédaction constitue le point d'orgue de cette appropriation d'une donnée, délimitée et partagée par un groupe, qui peut devenir ensuite opposable.

L'utilisation du référentiel pour lire la conformité, comme il est d'usage dans un audit, constitue la base du contrôle pour participer à la régularisation des dysfonctionnements.

Plus que le "re-produit" c'est le "re-conçu" qui est recherché. Bergson H. dit à ce propos... "comme la connaissance usuelle, la science ne retient des choses que l'aspect répétition"... Elle ne peut opérer que sur ce qui est censé se répéter, c'est-à-dire sur ce qui se soustrait, par hypothèse à l'action de la durée. Les travaux écrits conservés en bibliothèque, par exemple,

constituent des références pour les étudiants qui les découvrent, et leur révèlent des référentiels professionnels, de pratique ou de formation. Les référentiels sont ainsi des produits "finis".

“Les référentiels sont des véhicules de communication et d'organisation qui doivent participer à faciliter les rapports des activités humaines ou produites par l'homme.”

Mais ces écrits participent également à une construction de nouveaux référentiels ou "référentialisation" selon le terme de Gérard Figari (1991). C'est dans cette perspective créatrice, par renouvellement permanent des objets et des sujets eux-mêmes, et par création de sens que le terme référentiel prend pour nous toute sa valeur dans une démarche d'évaluation. La "référentialisation" est l'ensemble des modalités consistant à repérer un contexte et à en délimiter les éléments porteurs de signification, à construire (ou reconstruire) un système de références relatif à un objet précis et auquel pourront se justifier les diagnostics et les évaluations. Elle a pour but de constituer un modèle pour la description mais aussi pour l'action.

2. Des modèles de l'évaluation aux référentiels : un jeu de stratégies

La transmission du savoir faire a été longtemps réalisée par un mode oral dans lequel chacun en fonction de son imaginaire et de son vécu traduisait l'aspect objectif de son activité. La démarche qualité a introduit la rationalité et la réflexivité dans le processus de communication : je dis ce que je fais, je fais ce que je dis, j'écris ce que je fais...

Macroscopie

Référentiels de musées ou référentiels de projets ? (suite) → Philippe Stévenin

La rationalité rassure mais elle enferme dans un programme. La part d'innovation, de créativité est alors proscrite dans bien des cas et le simple bon sens est mis à mal par le jeu des procédures. Nous voyons les dérives et effets indésirables d'un mode de pensée qui ne fait plus confiance à la personne humaine parce qu'elle est "biologique", altérable, et imprévisible. Dans un monde où l'objet doit être parfait et stable le vivant est questionné.

Les référentiels sont des véhicules de communication et d'organisation qui doivent participer à faciliter les rapports des activités humaines ou produites par l'homme. Dans bien des cas ils deviennent facteurs de complication et imposent à l'humain de rentrer dans l'immobilisme de l'objet.

Nous pouvons au travers du développement de l'usage des référentiels lire toute l'ambiguïté de l'homme d'être libre et de se faire enfermer par ses propres procédures.

L'ÉVALUATION "SOCIOLOGIQUE"

La prise en compte ou non de la temporalité constitue le noyau central de la stratégie d'utilisation des référentiels. Nous avons dit précédemment que la confection d'un référentiel était une opération qui prenait du temps, de l'énergie et de la consensualité. Ces aspects laborieux vont participer, dans la plupart des cas, à remettre en cause un tel chantier dans un laps de temps court. La lassitude du groupe de conception va renforcer la tendance au conservatisme culturellement bien établi. La dynamique générée par l'établissement du référentiel va vite céder la place à une procédure indiscutable. Le référentiel devient un objet permanent qui échappe aux fluctuations du temps. Il est le gardien d'un instant qui ne fait plus partie d'une histoire en évolution.

Le modèle sociologique recherche la permanence, la conformité à un ordre établi. Il est à la fois confortable par ses limites connues et immuables. Il devient non pertinent avec l'environnement et peut perdre son sens lorsqu'il reste isolé trop longtemps. Nous en trouvons des exemples dans les négociations interminables entre l'administration et les professions relatives à la réforme

de la formation initiale. Le référentiel de formation perd progressivement la valeur qui était partagée entre les différents acteurs et ouvre la porte aux dérives individualistes.

LE MODÈLE "SYSTÉMISTE"

Une activité dans la logique systémiste n'existe pas de façon isolée mais en simultanéité et en interaction avec d'autres activités. Le référentiel est ainsi le constat d'un fait à un moment donné, il devrait être "impermanent" c'est-à-dire en transformation permanente du fait d'une variabilité de ses éléments. La logique biologique fait partie de ce modèle : à tout instant le vivant se transforme et les référentiels ne cessent de changer pour essayer de se synchroniser avec l'objectivité. Cette transformation permanente des référentiels montre leur aspect éphémère et conduirait même vers une quasi-impossibilité de poser des référentiels pour parler d'un processus vivant.

Nous voyons bien la vanité de ces référentiels en prétendant tout contenir à chaque instant. Aussi tout en restant dans la logique systémiste, nous pouvons concevoir que les référentiels devraient pouvoir parler de leur propre durée et préciser à quel moment il est indispensable de les reconcevoir pour qu'ils puissent en être porteurs de sens.

Conclusion

L'existence des référentiels n'est pas à remettre en question, ils ont tout à fait leur utilité pour partager en groupe les règles du jeu de la vie et apporter du sens à nos actions. Leur constitution présente un double intérêt : la concertation et la dynamique de la réflexion sur les actes quotidiens. En tant qu'outils pour l'évaluation ils servent à la fois la logique du contrôle et celle de la régulation selon qu'ils restent contextualisés et qu'ils prennent en compte la durée ou, qu'au contraire, ils deviennent permanents et isolés.

La connaissance de ces modèles permettra aux acteurs de décider du bon usage et de la durée de vie des référentiels pour être en cohérence avec leurs intentions.

Bibliographie

Ardoino J., 1990, Multiréférentielle (analyse) in encyclopédie philosophique universelle, les notions philosophiques, T2, Paris, PUF.

Bergson H. œuvres, l'évolution créatrice, Paris, PUF, 5^e édition.

De Ketele J.M. 1986, L'évaluation : approche descriptive ou prescriptive ? Bruxelles, De boek éditions.

Figari C., 1991, Pour une référentialisation des dispositifs éducatifs, rapport de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches, Université des sciences sociales de Grenoble.

Figari C., 1994, Evaluer : Quel référentiel ? Bruxelles, de Boeck.



- NEUROLOGIE • RHUMATOLOGIE • TRAUMATOLOGIE •
- COORDINATION • PROPRIOCEPTION • RENFORCEMENT MUSCULAIRE POSTURAL



SYSTÈME HUBER® : LA RÉÉDUCATION NEUROFONCTIONNELLE EN MOUVEMENT

PAR LE BIAS D'UNE COLONNE DE FORCE COUPLÉE AU PLATEAU OSCILLANT LPG, LE DISPOSITIF HUBER CRÉE UN DÉSÉQUILIBRE QUI NÉCESSITE DES AJUSTEMENTS POSTURAUX DE RÉÉQUILIBRATION. LES BÉNÉFICES SUR UN RENFORCEMENT MUSCULAIRE PROFOND, L'AMÉLIORATION DE LA PROPRIOCEPTION ET DES FONCTIONS PSYCHOMOTRICES SE RÉVÈLENT TRÈS ENCOURAGEANTS.

Poignées à capteurs de force, plateau de vigilance musculaire, écran interactif... HUBER est un outil High-Tech polyvalent pour la rééducation.

Il permet de travailler sur **une prise en charge globale des patients, depuis les appuis podaux jusqu'au sommet du rachis**. Cet appareil agit, notamment sur le renforcement des chaînes musculaires en recrutant jusqu'à 80 muscles en même temps (les muscles profonds du rachis), **accroît la coordination motrice, sollicite le système proprioceptif**. Cette haute technologie a été mise au point par la recherche LPG en collaboration avec une équipe de kinésithérapeutes spécialisés.

Une bibliographie qui s'étoffe et une communication aux derniers Entretiens de Bichat.

HUBER est, de plus, un outil reconnu par le monde de la rééducation. Plusieurs publications et communications témoignent

de l'efficacité de la technique. Durant les derniers **Entretiens de Bichat (10 au 15 sept. 2007), les docteurs Portero et Thoumie ont fait part de leur étude. Celle-ci met en évidence l'importance que pourrait avoir un traitement sur HUBER pour les sujets présentant, notamment, des déficits sensoriels ou les personnes âgées**. Par ailleurs, l'étude souligne l'amélioration de la qualité de vie de nombreux patients issus de la traumatologie, rhumatologie, neurologie, en particulier, sclérose en plaques, troubles de l'équilibre (risque de chutes fréquentes), etc.

UNE RÉÉDUCATION EN 3D POUR :

- Dynamiser les centres nerveux ;
- Augmenter force et vigilance musculaires ;
- Stimuler la proprioception ;
- Réduire les troubles vestibulaires, et l'équilibre.

Bibliographie et publications scientifiques consultables sur www.cosire-lpg.com

Informations au :

N° Azur 0 810 786 900

LPG

→ Architecture d'un article scientifique

Vous voulez publier les résultats de votre travail de recherche ? Alors préparez-vous à rédiger un article scientifique (scientific paper), c'est-à-dire un rapport écrit des résultats d'une recherche originale. Le format d'un article scientifique (cf encadré), de type rapport de recherche, résulte de siècles de tradition et de pratique éditoriale, de règles d'éthique scientifique et du rapport entre éditeurs et imprimeurs.

STRUCTURE D'UN RAPPORT DE RECHERCHE (RESEARCH REPORT)

- Titre (title)
- Résumé (abstract)
- Mots-clés (keywords)
- Introduction (introduction)
- Matériels et méthodes (materials and methods)
- Résultats (results)
- Discussion (discussion)
- Conclusion (conclusion)
- Références (references)

Le titre est le plus court possible et les mots employés décrivent avec précision le contenu de l'article. Evitez les mots inutiles (étude de..., observation de...). L'indexation de l'article, et donc la possibilité de localiser ses références dans une base de données, dépend de la précision du titre, d'où sont extraits des mots-clés. Un titre inapproprié n'atteindra pas le lectorat visé, alors choisissez un titre spécifique qui mentionne les particularités de l'étude (région particulière, population spéciale, ...).

Le résumé identifie rapidement et avec précision le contenu de l'article. Après le titre, c'est lui qui détermine le choix de lire l'article ou non. Il doit être concis (moins de 250 mots) et facile à lire. Il est complémentaire du titre, ne reprend pas les mots du titre et doit se suffire à lui-même. Il ne contient ni référence, ni abréviation.

Le résumé indique au minimum l'objectif principal de la recherche, les résultats les plus importants et les conclusions principales. Il précise parfois la population étudiée et la méthodologie suivie.

Les mots-clés s'ajoutent aux mots du titre pour l'indexation de l'article. Bien choisis, ils facilitent la localisation de l'article.

L'introduction fait découvrir au lecteur la littérature pertinente sur le sujet. Elle présente les résultats essentiels des auteurs principaux du domaine de recherche exploré par l'article. Toute publication utilisée pour rédiger cette partie doit être citée selon les normes (cf encadré).

L'introduction replace le travail de recherche dans le contexte et justifie la nécessité de conduire cette recherche. Elle peut préciser le lieu de l'étude et les enjeux financiers. Elle indique clairement la visée principale et les objectifs de la recherche.

La partie "matériels et méthodes" donne suffisamment de détails pour qu'un kinésithérapeute compétent dans le domaine exploré par l'article puisse refaire l'étude complète et reproduire les résultats. Si la méthode a déjà été publiée, il suffit de mentionner son nom et la référence de sa publication.

Cette partie "matériels et méthodes" décrit la population étudiée, le dispositif expérimental (équipement et matériel) employé, le protocole expérimental (méthode, plan d'expérience) et l'outil statistique (logiciel, tests utilisés).

La partie "résultats" comporte seulement des résultats, sans aucun élément de discussion. Ils sont présentés sous forme digeste et condensée. Vos résultats sont originaux et font progresser la connaissance ; c'est pour cela qu'ils doivent être exposés de façon claire et simple.

Cette partie "résultats" comprend donc des données (data) rapportées sous forme de texte, accompagnée de tableaux et graphiques pour aider le lecteur.

La discussion porte sur les données présentées dans la partie résultats, sans les répéter. Quel principe biologique a été établi ou renforcé ? Une généralisation est-elle possible ? Les résultats du travail de recherche sont comparés avec les résultats et avec les perspectives des études antérieures. Les objectifs fixés pour l'étude sont discutés. La discussion propose une interprétation des résultats. [...]

La conclusion porte sur l'utilité et la signification de ce travail de recherche en kinésithérapie. Elle précise si l'objectif principal de l'étude est atteint et si l'hypothèse avancée a été vérifiée. Elle présente les implications théoriques, pratiques ou cliniques de cette recherche.

La conclusion enfin ouvre sur des perspectives et suggère de nouvelles pistes de recherche.

La liste des références fournit les méta-données des sources d'informations utilisées. Elle comprend les références des articles scientifiques de fort niveau de preuve qui justifient la recherche et lui donnent sa valeur ; l'introduction d'articles de faible niveau de preuve n'apporte rien à la publication et risque d'affaiblir le travail original. Les articles sont présentés par ordre alphabétique des auteurs ou par numéro d'apparition dans le texte selon des normes, chaque revue ayant ses exigences (précisées dans leurs "instructions aux auteurs"). Tous les articles, dont les références figurent dans cette liste, doivent avoir été appelés dans le texte au moyen d'une citation (cf encadré).

Les publications kinésithérapiques suivantes appellent leurs références par auteur :

Australian Journal of Physiotherapy
Physiotherapy Research International
Physical Therapy in Sport
Physiotherapy Theory and Practice
New Zealand Journal of Physiotherapy...

D'autres publications font de même :

The Journal of Neuroscience
Journal of Biomechanics
Science & Motricité...

Dans ce cas, le classement dans la liste des références se fait par ordre alphabétique des auteurs.

Exemple : Herbert RD (2004). Publish or be damned. Australian Journal of Physiotherapy, volume 50: 203-204

Les publications kinésithérapiques suivantes appellent leurs références par numéro :

Physical Therapy
Physiotherapy Canada
Physiotherapy
Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy
Kinésithérapie la Revue
Kinésithérapie Scientifique...

D'autres publications font de même :

Clinical Rehabilitation

Journal of Rehabilitation Research & Development

Gait & Posture...

Dans ce cas là, le classement dans la liste des références se fait par ordre d'apparition de la citation dans le texte (numéros croissants).

Exemple : 1 - Allen DD. Movement continuum theory : proposing 6 dimensions within the construct of movement in the movement continuum theory. Physical Therapy, 2007 volume 87: 888-898

Rédaction des références et citations dans le texte :

Il existe 2 normes principales ("brochure REPERE formist 2006" accessible en ligne :

<http://reperer.enssib.fr/valide/brochure.pdf> pages 79 à 82) :

Les références bibliographiques sont rédigées conformément à la norme AFNOR NF Z-44-005 de décembre 1987, qui concerne les publications imprimées, livres et publications en série, leurs parties composantes (chapitres, articles) et les brevets. Les titres de périodiques peuvent être abrégés selon la norme internationale ISO 4 de 1997.

La norme AFNOR NF ISO 690-2 (Z 44-005-2) de février 1998 correspond aux documents électroniques, documents complets ou parties de documents.

Exemple : Schreiber J & Stern P (2005). A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. En ligne. October, Volume 3, Number 4.

<http://ijahsp.nova.edu/articles/vol3num4/Schreiber-Stern.htm> consulté le 15 décembre 2007

Le traitement de référence* face aux entorses

Elastoplaste®

DÈS JANVIER 2008

s'efface pour devenir

Tensoplast®



Notre produit conserve les caractéristiques et les performances qui en font sa notoriété. Le site de fabrication reste implanté en France à Vibraye (72) où **Rigueur, Expertise et Savoir-faire** s'associent pour continuer à produire la bande adhésive élastique **numéro 1 du marché***.

BSN medical SAS / Division commerciale
25, boulevard Marie et Alexandre Oyon
72058 Le Mans Cedex 2
Tél. : 02 43 83 40 40
Fax. : 02 43 83 40 41



N°1

*Source IMS
Healthcare / Dataview

CNKS



au cœur du métier...

XII^e JNKS Lille 2008

du jeudi 22 mai au samedi 24 mai
Institut Gernez Rieux - CHU de Lille (59)

Après le **temps** aux JNKS Besancon 2006, après l'**espace** aux JNKS Marseille 2007, c'est autour de l'**activité** que se préparent les JNKS Lille 2008

PRE ANNONCE - AVANT PROGRAMME...

Bouclant ainsi la trilogie des dimensions du mouvement, ces XII^{èmes} JNKS proposeront interventions, réflexions et débats, à partir :

De la définition de la profession - Du métier et des pratiques professionnelles
De l'actualité des pratiques professionnelles
De l'évaluation des pratiques professionnelles

De l'Europe de la kinésithérapie - De l'actualité des politiques professionnelles
De l'évolution des SSR et du parcours du patient

...DES JNKS AU CŒUR DE L'ACTIVITÉ !

Remerciements aux partenaires JNKS 2007



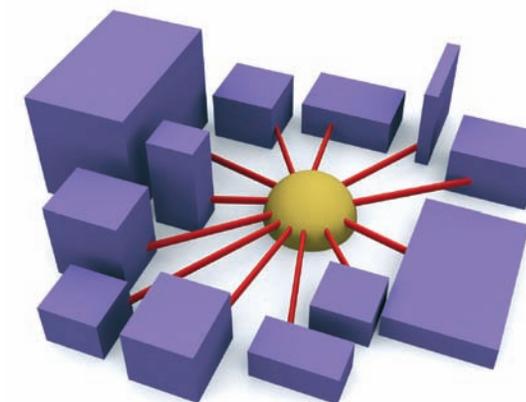
au cœur des Organisations

Décembre 2007

→ Eric Roussel, Directeur des soins - Ayed Benfradj, Cadre de santé MK

→ **Les référentiels : entre outils et processus, une démarche d'évaluation et d'organisation des pratiques professionnelles.**

Qu'il s'agisse de l'accréditation puis de la certification des établissements de santé, de la formalisation des bonnes pratiques (ex : le G.B.E.A ou Guide de bonne exécution des analyses) ou de la recherche d'un consensus professionnel, l'usage de la notion de référentiel est dorénavant commun et fréquent. Dès lors il semble opportun d'interroger la définition de ce terme puis de le replacer dans une dynamique qui permette de ne pas l'assimiler seulement à un outil. La connaissance et la compréhension des référentiels ne peuvent pas être déconnectées du processus qui a permis de les construire et de les faire évoluer. C'est à cette condition qu'ils peuvent véritablement s'inscrire dans une démarche d'évaluation et d'organisation des pratiques professionnelles.



contexte d'une première évaluation des établissements de santé et que le manuel d'auto-évaluation de la certification V2 (3) doit être compris comme une évolution du premier manuel, à l'usage de professionnels ayant progressé dans leurs pratiques et particulièrement celle de l'auto-évaluation.

Le type d'éléments liés au système de référence permet de qualifier différents référentiels. Lors de la construction d'un référentiel professionnel commandité par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P) (4), les auteurs distinguent quatre référentiels : le référentiel d'activités, le référentiel métier, le référentiel de compétences et le référentiel de formation (5). Les guides d'auto-évaluation de la Haute Autorité en Santé (H.A.S) précédemment cités sont également des référentiels. Il en est de même pour le dossier patient, le dossier soins ou la macro-cible d'une transmission ciblée. Sans toujours les nommer, la littérature et les pratiques mettent en avant ces différents types de référentiels, mais leurs différences et leurs intentions ne sont pas toujours clairement posées. Connaître les objectifs attribués à un référentiel et les intentions de leurs utilisateurs est donc une nécessité.

(1) FIGARI.G. Evaluer : quel référentiel ? 2^{ème} éd. Bruxelles : De Boeck Université, 1995. 183 p.

(2) H.A.S. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation (V1), 6.12.2002.

(3) H.A.S. Manuel de certification (ex - accréditation) des établissements de santé, Deuxième procédure de certification (V2), septembre 2004.

(4) E.N.S.P. Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales. Janvier 2002, p 12.

(5) E.N.S.P. Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences, Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales. op. cit., p 143

DES RÉFÉRENTIELS, POUR QUOI FAIRE ?

Partant de la définition de Jacques Ardoino, il est permis de dire que les référentiels tentent de comprendre mais également de modéliser l'objet choisi (le métier, l'activité, le soin, la pratique, l'évaluation, la formation, etc.). Dans le monde du travail, les référentiels permettent l'explicitation des pratiques professionnelles prescrites et/ou réelles pour optimiser l'efficacité des pratiques, l'organisation du travail et le management. Ils facilitent le repérage et la délimitation des niveaux de qualification nécessaires des personnels.

Michel Vial (6) rappelle que le référentiel assure un cadre. Il est du côté de la légalité mais n'est pas un rempart légal. Il est "un point de départ pour établir la confiance". "Il doit faciliter la légitimité" mais "n'assure pas ipso facto la qualité". "Le référentiel est une base pour dialoguer dans la familiarité des actes professionnels".

Par ailleurs les auteurs du référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales affirment que "l'élaboration et la diffusion d'un référentiel de compétences peut contribuer à la reconnaissance des spécificités du métier...".

En synthèse il est donc possible de dire qu'un référentiel sert pour connaître, se connaître ou se faire reconnaître. Il est à la fois outils et processus d'évaluation. Il permet de modéliser les pratiques et les organisations mais également de les faire évoluer. Le référentiel est partie prenante de ces évolutions. Il doit également évoluer, être transformé et adapté pour maintenir son efficacité. L'exemple de l'accréditation des établissements de santé en est une illustration. Tout d'abord collective et organisationnelle (accréditation V1), l'auto-évaluation V2 est plus centrée sur les soins avec l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Nous pouvons légitimement penser que la certification V3 sera plus individuelle et aura pour objectifs la certification des organisations mais aussi des professionnels.

DES RÉFÉRENTIELS, COMMENT FAIRE ?

Les objectifs généraux des référentiels sont donc de comprendre, étymologiquement "prendre avec", expliquer, étymologiquement "déplier de l'extérieur", et de schématiser en vue de prendre ou faire prendre (une) position. Ces objectifs posent trois contraintes à la construction des référentiels professionnels.

- Avoir le souci de la réalité du terrain, c'est le point de vue interne.
- Avoir une intention claire quand on décide de construire et d'utiliser un référentiel, c'est le point de vue externe.

- Et avoir conscience qu'il ne s'agit que d'un modèle, d'une image, figurant une réalité à un moment donné en un lieu donné.

Lors de la construction d'un référentiel le choix des références renvoie d'une part au type de référentiels que l'on construit, d'autre part au mode de construction du référentiel. Prenons l'exemple d'un référentiel de compétences. La compétence est la combinaison de différents savoirs en situation de travail. Au minimum doivent être présentes, dans ce type de référentiel, des références liées au contexte et des références au savoir.

Concernant le mode de construction, les travaux menés par l'E.N.S.P au sujet du référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales, et par l'I.F.C.S de l'AP-HP au sujet du référentiel de compétences des cadres de santé sont des illustrations intéressantes. Ces travaux ont plusieurs caractéristiques communes. Tous les deux ont un appui théorique, le premier sur le concept de champ conceptuel, le second sur le concept de compétences. Les deux ont multiplié les axes de recueil d'information et d'analyse. Les deux font référence à des documents existants tels que des référentiels métiers. Enfin les deux utilisent, de manière différente la verbalisation de l'action comme source de production des données.

Nous avons également écrit qu'un référentiel doit évoluer. Pour Guy Le Boterf c'est l'un des invariants de la formalisation des référentiels. Cet auteur estime que "veiller à la mise en place et au fonctionnement de procédures d'actualisation régulière des référentiels, de façon à corriger, infléchir ou confirmer des hypothèses d'évolution (des compétences) avancées (7)" est indispensable.

LES OBSTACLES À L'USAGE DES RÉFÉRENTIELS

Deux obstacles freinent la construction et l'utilisation des référentiels.

Le premier est conceptuel. En effet les références sur lesquelles on s'appuie, qui rassurent et permettent de se projeter, semblent tenir leur efficacité de leur stabilité. En changer c'est s'exposer, remettre en question et prendre des risques. Or s'accrocher à un "vieux" système de référence est un leurre car le contexte change, les situations de travail se transforment et la hiérarchisation des objectifs évolue. Si individuellement certaines références peuvent être conservées, la combinaison de celles-ci doit être adaptée aussi souvent que nécessaire. Il est possible de dire que l'évolutivité des références est en elle-même une référence.

suite page 17

→ Formation initiale, formation continue, formation tout au long de la vie : une évolution conceptuelle, politique et législative de l'éducation citoyenne.

La formation est un processus d'acquisition, de maintien et/ou d'amélioration des connaissances, des savoirs-faire opératoires et relationnels.

La formation initiale correspond au temps d'éducation qui permet à l'élève, l'étudiant ou l'apprenti, d'acquérir des connaissances et compétences avant l'entrée dans la vie active. Elle peut comprendre des enseignements généraux et professionnels. (1) (Source : AFNOR)

Ce dispositif initial est complété au cours du parcours professionnel, par des dispositifs de formation continue, qui proposent des actions de perfectionnement en vue de maintenir les qualifications acquises, accéder à une qualification nouvelle ou anticiper les évolutions à venir des missions et des tâches.

Les dispositifs de formation continue prévoient également la préparation aux examens et concours qui sont les leviers forts de la promotion sociale.

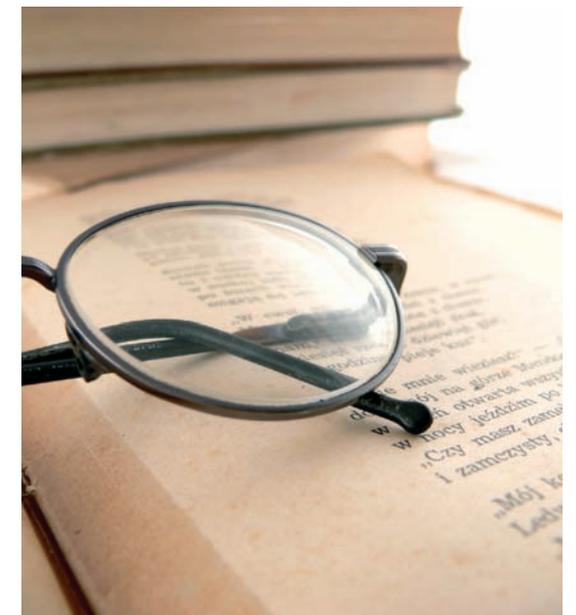
Enfin des dispositifs comme les bilans de compétences entrent dans le cadre du développement de la formation personnelle, intégrée ou non dans un projet de formation individuel ou institutionnel.

La formation professionnelle continue est intégrée dans un concept plus large, l'éducation permanente, concept central selon lequel l'éducation est un processus continu tout au long de la vie.

De philosophique, le concept de "formation tout au long de la vie" prend dans les années 90 une dimension politique, notamment avec Jacques Delors dans le Livre Blanc (1993) intitulé "Croissance, compétitivité, emploi : les défis et les pistes pour entrer dans le XXI^{ème} siècle". Chaque citoyen, au regard de l'évolution rapide des savoirs et technologies doit pouvoir être en mesure de s'adapter et de participer à tous les âges de la vie, à la vie économique et sociale de son pays, voire d'autres pays.

Il devient alors impératif d'accompagner chaque individu dans la recomposition de ses savoirs et compétences personnelles et professionnelles, pour qu'une citoyenneté durable soit et reste l'attribut de chaque individu. Ceci passe par la reconnaissance et la valorisation de toutes les formes d'apprentissage : l'apprentissage formel, tel qu'un cursus diplômant ; l'apprentissage non formel, tel que les savoir-faire acquis sur le lieu de travail ; enfin l'apprentissage informel, tel que l'apprentissage intergénérationnel. (2)

Ainsi, le conseil européen de Lisbonne en mars 2000 a fixé un objectif pour 2010 : faire de l'Europe un espace de plus grande cohésion sociale, grâce à une croissance économique durable qui s'appuie sur le développement continu des connaissances.



Références :

- (1) : www.3ct.com/ridf/lexique/Lexique_managta.htm
- (2) : www.educnet.education.fr/dossier/eformation/vie.htm
- (3) : ec.europa.eu/education/policies/2010/et_2010_fr.html

(6) VIAL.M. Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ? (première partie). Soins cadres, n°37, janvier-mars 2001, p 68 et 69.
(7) LE BOTERF.G. Développer la compétence des professionnels, op. cit. p 251 et 252.

Le levier choisi : l'éducation et la formation tout au long de la vie. En 2001, puis 2002, les Ministres d'Education se sont accordés sur trois buts majeurs à atteindre d'ici à 2010 :

1. Améliorer la qualité et l'efficacité des systèmes d'éducation et de formation dans l'UE
2. Assurer que ceux-ci soient accessibles à tous et permettre les passerelles,
3. Enfin ouvrir l'éducation et la formation au monde extérieur, professionnel notamment (3).

L'éducation et la formation tout au long de la vie deviennent réalités. Chaque état membre doit mettre en place les dispositifs législatifs et réglementaires qui permettront dans le futur d'atteindre ces objectifs.

La France s'est engagée dans cette voie. Deux exemples : la mise en place de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et la création du droit individuel à la formation (DIF). La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 dit de modernisation sociale met en place le mécanisme de reconnaissance des acquis de l'expérience en vue d'obtenir en partie ou en totalité, un titre, un diplôme ou un certificat de qualification en rapport direct avec l'expérience acquise.

La loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, crée pour les salariés le droit individuel à la formation. Chaque salarié doit pouvoir bénéficier, à sa demande et avec l'accord de son employeur de 20h de formation par an, cumulables sur 6 ans. Ces heures de formation peuvent se dérouler en partie sur les heures de travail. Les accords concernant l'application de ce dispositif législatif sont

négociés par branches professionnelles.

Les conditions dans lesquelles ce principe de formation tout au long de la vie est mis en oeuvre pour les fonctionnaires de l'état, sont précisées par le décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007. Pour exemple, il met en place notamment un dispositif en ligne directe avec l'objectif de formation tout au long de la vie : des périodes de professionnalisation de 6 mois maximum, où l'alternance entre activités en service et périodes de formation doit permettre l'adaptation au poste de l'agent mais également l'accès éventuel à un nouveau corps ou grade. Ces périodes s'adressent à des fonctionnaires en situation particulière, comme une reprise d'activité professionnelle après une interruption prolongée (congé parental...).

Ainsi, avec la communauté européenne, des avancées significatives ont été réalisées en France dans le domaine législatif et réglementaire, reconnaissant à chacun le droit à la formation tout au long de sa vie. Ce droit représente le socle d'un développement durable. Les 6 et 7 mai 2007 à Berlin, le programme européen pour l'éducation et la formation tout au long de la vie a été lancé lors d'une conférence. Ce programme qui s'étendra sur la période 2007-2013 est le premier programme européen de financement couvrant tout le spectre des possibilités d'acquisition de connaissances, de l'enfance à l'âge adulte. L'Europe avance. Il reste à la France le devoir de mettre en phase l'organisation de la formation initiale des professions de santé avec le schéma européen LMD et de mettre en application ce principe de "life long learning" dans le contexte national.

→ La formation continue dans un contexte hospitalier en forte évolution : Quels enjeux ? quel devenir ? pour les cadres au sein des pôles

Dans un contexte hospitalier en forte évolution, la dimension de la formation continue n'a probablement jamais été considérée comme aussi fortement déterminante pour l'organisation hospitalière et les enjeux de l'hôpital.

En effet nous assistons depuis quelques années à des recompositions du paysages de la santé (fusions d'hôpitaux, coopérations public-privé, organisations en pôles...) qui questionnent nos organisations hospitalières, modifient nos liens interprofessionnels et suscitent des changements majeurs de nos pratiques professionnelles. Ces réorganisations nous amènent à faire évoluer nos modes de prise en charge (renforcement de la prévention, développement de consultations paramédicales, alternative à l'hospitalisation, coordinations public-privé, réseaux, chemins

cliniques, etc...). Prises en charge qui s'accompagnent d'une accélération des évolutions technologiques nécessitant, elles aussi, des adaptations professionnelles. Dans ce contexte, les métiers évoluent, certains apparaissent et deviennent rapidement fondamentaux au sein des secteurs d'activité, d'autres disparaissent nécessitant un accompagnement des professionnels vers des reconversions, des mobilités professionnelles...

Par ailleurs le renforcement des politiques de santé dans la gestion des risques et dans le développement de la qualité, la judiciarisation, les contraintes budgétaires, la réduction du temps de travail sont des éléments supplémentaires qui impactent les organisations de travail et nous entraînent vers des réorganisations, des adaptations, de techniques et comportements professionnels.

Enfin les données démographiques nous montrent qu'au-delà du vieillissement des usagers, le papy boom tou-

chant aussi les professionnels de santé (selon une étude de la DHOS de prospective sur les métiers hospitaliers prévoit d'ici 2015 le départ en retraite de 383 000 agents, soit d'un agent sur deux), la formation continue doit pouvoir accompagner les cadres de santé de pôles ou de secteurs pour évaluer leurs ressources, anticiper sur le départ des compétences et assurer la transmission de ces savoirs et savoirs-faire au regard des besoins des secteurs de soins (la formation initiale ne pouvant compenser totalement une compétence acquise sur 40 années d'exercice).

Ainsi, si la formation continue répond aujourd'hui à des besoins collectifs et individuels de développement des compétences dans un contexte de forte évolution, elle doit pouvoir accompagner l'encadrement dans une démarche de définition des besoins de compétences au sein des pôles et de l'anticipation des parcours professionnels pour garantir ces compétences demain.

Aujourd'hui, la formation continue s'organise autour d'un plan de formation annuel qui prend en compte les orientations ministérielles, le projet d'établissement (intégrant : projet médical, projet de soins, projets d'équipements lourds, de travaux, assurance qualité, gestion des risques...) ainsi que le recueil des besoins réalisé au sein des services par l'encadrement. Celui-ci prend en compte les projets du service et les besoins individuels des personnels recueillis le plus souvent lors des entretiens annuels d'évaluation.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'élaboration du plan de formation d'un pôle doit prendre en compte des stratégies souvent très différentes au sein même du pôle. Le plan de formation risque alors d'être plus une addition de projets de services que l'élaboration d'orientations collectives au risque de perdre du sens pour les différents acteurs. L'enjeu pour les responsables de pôles est cependant conséquent face au départ des professionnels et à la pénurie de recrutement. Au-delà de niveaux de qualification attendus, il faut dès à présent investir la gestion des ressources humaines comme élément de management de la formation afin de garantir le maintien et le développement des compétences au sein du pôle et au-delà sur l'ensemble de l'établissement.

Il devient urgent d'identifier les métiers et compétences critiques qui sont détenus par peu de personnes et dont la perte peut mettre en danger une activité professionnelle nécessaire aux patients (ex : connaissances en urodynamique détenues par un seul MK). Le plan de formation doit intégrer la nécessité de doubler cette compétence, d'assurer la formation d'autres professionnels par des

actions de formation, un tutorat, l'élaboration de parcours de professionnalisation...

Le renforcement de cette compétence pourra aussi procéder d'actions autres que la formation prenant en compte la fidélisation, le développement de cette expertise par la veille technique, le benchmarking, les groupes de travail thématiques...

La gestion des ressources collectives du pôle peut permettre de réaliser un état des lieux global des métiers et compétences du pôle intégrant des aspects quantitatifs d'effectifs et de flux des personnels ainsi que des aspects qualitatifs d'évolution des métiers et des perspectives de recrutement. Cet ensemble permet de dessiner les actions transversales de formation en regard des évolutions probables (formations, formations-action, travaux de groupes de formalisation de pratiques, analyses de pratiques, études de cas concrets, etc...)

Il est aussi possible de recourir à une identification des degrés de complexité des savoirs-faire nécessaires sur un poste afin de pouvoir repérer les degrés de maîtrise requis et de proposer des formations adaptées aux différents membres de l'équipe.

Dans le cadre des coopérations avec les partenaires de ville, il est à envisager de développer des actions de formation accessibles à ces partenaires (ex : EPU, groupes de paroles, d'analyse de pratiques, consultations avec expert, etc...)

Néanmoins, sur un plan organisationnel, les pôles ayant chacun des organisations différentes, les interlocuteurs chargés de la formation peuvent être différents au sein des pôles d'un même établissement (responsable de pôle, cadre supérieur ou cadre assurant une mission transversale au sein du pôle...). Les compétences, niveaux de responsabilité étant variables, les coopérations avec le service de la formation peuvent être très différentes. Dans ce contexte, si la mise en oeuvre de formations transversales



(suite de la page 12)

→ Eric Roussel, Directeur des soins - Ayed Benfradj, Cadre de santé MK

sur l'établissement peut être facilitée par une coopération avec un nombre restreint de partenaires (chargés de la formation dans les pôles), la difficulté peut aussi être accrue par les complications rencontrées par la personne référente au sein du pôle. Pour favoriser une démarche prospective de gestion des ressources humaines, les cadres investis de la formation continue doivent bénéficier eux même d'accompagnement et de formation. La détermination du rôle de chacun est primordiale pour élaborer ensemble les outils de suivi des actions entreprises.

Pour l'aspect individuel, les plans de formation s'appuient le plus souvent sur le maintien des qualifications visant les aptitudes à l'emploi, habilitations, compétences juridiquement validées, décrets de compétences.

Le développement au cœur de l'institution des procédures réglementaires, de la gestion des risques sanitaires (hygiène, sécurité des patients, pandémie grippale, hémovigilance, etc...), de la prévention des risques professionnels (AES, Troubles Musculo-Squelettiques, habilitations...) sont des éléments fondamentaux pour la protection des personnes. Aujourd'hui, dans de nombreux hôpitaux, ils représentent une part non négligeable des actions de formations qui s'adressent aux soignants. Dans un contexte de pénurie des personnels et de départs importants, les disponibilités en temps de formation deviennent restreintes et parfois seules ces actions de formations "réglementaires ou obligatoires" demeurent accessibles aux agents.

Néanmoins, les cadres des services s'investissent fortement dans l'accompagnement des agents pour le droit à la formation. Celui-ci revêt plusieurs aspects tels que :

- les formations individuelles inscrites au plan de formation qui permettent le développement de compétences professionnelles (formations spécifiques, diplômes d'universités, congrès, journées d'études...)
- les demandes de congé de formation professionnelle qui permettent aux agents de s'inscrire dans un projet personnel avec une rémunération possible sur deux ans et une possibilité d'"absence formation" de trois ans au total,
- les VAE qui favorisent la reconnaissance des acquis professionnels et renforcent la promotion professionnelle.
- les parcours promotionnels avec préparation aux concours par les mises à niveau, préparations aux épreuves, entraînement aux oraux, formations adaptation à l'emploi après réussite aux concours ou tutorat de prise de fonction.

Il faut leur adjoindre dans un avenir proche le droit individuel à la formation (DIF) qui comprendra le droit

pour chaque agent de s'inscrire à des formations inscrites au plan de formation mais autres que les formations obligatoires pour une durée de trois jours par an, plafonné à 20 jours pour 6 ans et qui, s'ils sont le moyen de réaliser des projets de formation plus conséquents pour chaque agent, n'en restent pas moins préoccupants quant à la possibilité de départ en formation des personnels. Ce DIF, atout dans la gestion individuelle de ses propres compétences, reste questionnant dans le cadre de la gestion collective des actions de formation avec le risque d'accumulation de jours de formations que l'encadrement ne pourrait accorder par manque d'effectifs.

L'ensemble de ces actions de formation s'inscrit dans le droit à la formation tout au long de la vie. Le rôle des cadres semble aller vers un renforcement de la fonction conseil et orientation pour accompagner les agents dans des parcours professionnalisants individualisés. Il reste cependant des situations individuelles complexes qui dépassent le champ d'action du pôle et qui relèvent d'une gestion personnalisée des agents assurée en général par une commission interprofessionnelle animée par le Directeur des Ressources Humaines. Les modalités de fonctionnement entre pôle et cette commission sont à préciser de façon à accompagner au mieux les réinsertions de ces agents.

Le développement des compétences doit trouver sa place "entre obligations, responsabilités et droits collectifs et individuels". Les cadres doivent composer pour trouver "un équilibre entre l'accompagnement des projets institutionnels et des changement et l'accompagnement des projets professionnels des agents" (1). Leur rôle et leur implication vis-à-vis de la formation va s'accroître considérablement intégrant les différents aspects de la formation et les déclinant au sein du pôle :

Les conditions de réussite pour un management des compétences sont de :

- définir les responsabilités et formaliser les processus RH : rôle des directions, rôle des pôles
- mettre en place des organisations cohérentes et lisibles
- définir les responsabilités au sein des pôles
- mettre en place des organisations apprenantes : multiplier et tracer les situations d'apprentissage (formation, stages tutorés, échanges pratiques, formalisation de pratiques, retour d'expérience...)
- renforcer et valoriser la fonction tutorale
- évaluer les compétences
- valoriser et tracer les compétences acquises par un passeport compétences" (3).

(1) Marie-Noelle Desplanches, *Délégation à la Formation et au Développement des Compétences*, APHP : le management des compétences dans la gestion des ressources humaines, sept 2007

(2) Christiane Godot, Brigitte Plagès, Responsables de formation, Hôpital Henri Mondor, *Optimiser le plan de formation*, sept 2007

(3) Marie-Noelle Desplanches, *Délégation à la Formation et au Développement des Compétences*, APHP : le management des compétences dans la gestion des ressources humaines, sept 2007

Le second est temporel. La lourdeur d'élaboration et d'utilisation d'un référentiel est "chronophage". Il est fréquent de se retrancher derrière un problème de disponibilité pour reporter cet exercice. Sans nier cet aspect du problème, nous croyons qu'une culture institutionnalisée d'élaboration et d'utilisation de référentiels, à l'instar de ce que produit dans les hôpitaux la démarche qualité, doit à terme permettre de travailler plus vite. C'est particulièrement vrai quand on sait qu'à chaque évolution tout n'est pas à refaire.

DES RÉFÉRENTIELS À LA RÉFÉRENTIALISATION

Partant de l'analyse de plusieurs référentiels élaborés dans le champ de l'évaluation scolaire et universitaire, Gérard Figari (8) fait le constat de plusieurs ambiguïtés.

La forme des référentiels étudiés s'organise autour, soit d'une liste de capacités ou compétences, soit de la formulation d'objectifs, soit d'un système de normes, soit d'une liste de contrôle de type "check list". Parallèlement, l'auteur considère qu'il y a ambiguïté sur le sens de la notion de référentiel. Les uns sont "la fixation ordonnée de contenus et normes par des experts". Les autres "recherchent des éléments pouvant justifier et expliquer l'organisation et l'évaluation de l'éducation (9)". Il en conclut que "c'est par conséquent la procédure elle même qui comporte de l'intérêt, et non le produit" qui peut être remis en cause par les utilisateurs.



(8) FIGARI.G. *Evaluer : quel référentiel ?* op. cit. p. 40.

(9) *Ibid.* p 41.

(10) *Rapport de certification du groupe hospitalier Necker - Enfants Malades*, octobre 2006, p 92.

Figari propose d'appeler cette procédure la référentialisation. Il l'a défini comme la démarche qui consiste à entreprendre une recherche de références pertinentes. L'ensemble de cette démarche consiste à repérer un contexte, à construire un corps de références, à contractualiser les engagements et à actualiser les références. Il s'agit d'un processus dynamique qui a pour objectifs l'identification et l'évaluation de "l'objet" référencé.

UN EXEMPLE D'UTILISATION DE RÉFÉRENTIELS À VISÉE D'ÉVALUATION ET D'ORGANISATION DES PRATIQUES

En juin 2006 la visite de certification de l'hôpital Necker - Enfants Malades aboutit à plusieurs constats. "Il n'existe pas de dossier de soins commun ; sa mise en place reste à effectuer..." "la traçabilité des informations données au patient (bénéfices/risques, consentement éclairé, projet thérapeutique) est à améliorer..." (10).

La même année en décembre l'évaluation institutionnelle Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) du dossier de soins a objectivé une traçabilité de l'activité des rééducateurs notoirement insuffisante, particulièrement lors des hospitalisations de plus de 24h.

Sur 123 dossiers tirés au sort nous retrouvons les chiffres suivant :

- Présence du diagnostic initial de kinésithérapie dans 74% des dossiers,
- Présence du bilan de rééducation et des consignes de réadaptation dans 59% des dossiers,
- Présence de la prise en charge par d'autres rééducateurs que les masseurs kinésithérapeutes (ergothérapeutes, psychomotriciens...) dans 33% des dossiers.

Dans le prolongement de ces résultats il est décidé, en accord avec la direction des soins et en lien avec le projet de soins, de mener une étude sur les écrits de rééducation à l'hôpital Necker.

La commande de ce travail s'inscrivait dans la démarche d'amélioration de la qualité décidée par l'encadrement de rééducation avec pour objectif "l'harmonisation des outils de communication inter-équipes et du dossier de soins, facilitation des échanges d'informations écrites, utilisation d'un support commun avant fin 2007. "

Réalisé au printemps 2007 par des stagiaires de l'institut de formation de cadre de santé (I.F.C.S) de la croix rouge ce travail montre :

- L'utilisation par les rééducateurs de 25 supports différents dans les services cliniques (pour 29 services),
- Des écrits dispersés ou inexistantes,
- Un dossier non standardisé qui complique les transmissions inter-équipes et perturbe la continuité des soins.

A l'issue de l'ensemble de ces travaux il est proposé d'inclure la rééducation dans le projet de dossier de soins unique à Necker - Enfants Malades. Ce projet a mobilisé une vingtaine de cadres, dont les cadres masseurs-kinésithérapeutes (mais aussi l'encadrement du secteur social) pendant tout le second trimestre 2007. Après validation par la direction des soins et présentation à l'ensemble des cadres de l'établissement, ce nouveau dossier de soin a été testé en septembre et est totalement déployé depuis début octobre 2007.

Ce nouveau dossier inclut une fiche de rééducation qui intègre les différents critères du référentiel de l'H.A.S et du référentiel d'évaluation du dossier de soins de l'AP-HP. L'élaboration de cette fiche est le fruit d'un travail partagé avec les professionnels de rééducation qui ont discuté, testé et amendé les propositions faites par l'encadrement. Il témoigne d'une forte volonté de tracer l'activité et de faire connaître et reconnaître le travail produit par l'unité de rééducation.

Aujourd'hui, les masseurs kinésithérapeutes, mais également les ergothérapeutes et les psychomotriciens se sont appropriés la fiche de rééducation qu'ils remplissent régulièrement comme l'a constaté l'encadrement lors de l'entretien annuel d'évaluation des professionnels. Il faut maintenant travailler sur la qualité et la pertinence des écrits qui serviront de base à la formalisation et à l'évaluation des pratiques de l'équipe de rééducateurs mais également de chaque professionnel.

Les référentiels sont donc multiples et leur utilité renvoie à l'usage qui en est fait.

Cette notion d'usage pose plusieurs questions :

- tout d'abord celle de leur construction qui doit s'appuyer sur des concepts partagés, des informations et une élaboration multi-référencée.
- puis celle de leur utilisation qui ne peut pas se résumer à l'usage d'une simple boîte à outils maniée par des "consommateurs" de procédures toutes faites. Connaître les références, les "manipuler", les interroger pour se les approprier est indispensable.
- enfin celle de leur évolution. Philippe Stevenin nous rappelle "qu'il n'y a pas de bon référentiel sans date de péremption", et qui dit péremption dit anticipation d'une nouvelle construction partagée.

A ces conditions il est envisageable de comprendre (étymologiquement : prendre avec) le référentiel conjointement comme outils et processus au service de l'évaluation et de l'organisation de nos pratiques professionnelles.

Hôpital Necker-Enfants Malades

Fiche de REEDUCATION

KINESITHERAPIE

ERGOTHERAPIE

PSYCHOMOTRICITE

(cocher la case correspondante)

Prescription médicale :

date :

nom du médecin prescripteur :

diagnostic médical :

Bilan de rééducation fait par :

date :

Conclusions du bilan :

Diagnostic kinésithérapique/ergothérapique psychomotricien

(rayer les mentions inutiles)

Date de la première séance :

Projet thérapeutique du patient :

Objectifs de la prise en charge rééducative :

OBSERVATIONS : Traitement de rééducation et réajustements éventuels

DATE ET HEURE	SOINS EXECUTES ET RESULTATS	NOM ET SIGNATURE

→ Définition de la profession : De la tour de Babel à la terre d'entente promise ?

L'Ordre professionnel a mis en place une réflexion sur une nouvelle définition de la profession. Le **CNKS**, comme de nombreuses autres organisations professionnelles, avait fait et débattu en début d'été 2007 au cours d'une entrevue avec la commission ad hoc du CNOMK une proposition écrite.

Jacques Vaillant, vice président du CNOMK et en charge de cette commission nous indiquait dans un courrier au début de l'automne : "A l'issue de la première phase de consultation, la commission "définition de la masso-kinésithérapie" du Conseil National de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes s'est essayée à synthétiser l'ensemble des remarques et observations, afin de produire une nouvelle proposition de définition de la masso-kinésithérapie... Nous souhaiterions avoir un retour écrit de votre part, sur cette proposition, idéalement avant le 21 novembre. Durant ce même temps, cette définition est soumise à des associations d'usagers afin d'avoir leur éclairage, notamment sur la lisibilité. Au terme de cette deuxième phase, une nouvelle synthèse sera produite."

Kinéscope publie ici la pré-proposition du CNOMK, la version première du **CNKS**, la proposition de synthèse du CNOMK et notre réponse 2^{ème} proposition amendée de la "synthèse du cnomk" en date du 21 novembre.

UNE DÉFINITION, UNE RE-DÉFINITION OU UNE NOUVELLE DÉFINITION ? UNE NOUVELLE DÉNOMINATION ?

POUR QUOI ? pour mettre à jour les supports : législatif ? réglementaire : exercice, activité, pratiques professionnelles et leur évaluation (EPP) ? pédagogique, didactique : référentiel de formation ? d'information et d'orientation : ONISEP, CIO, ANPE ? de positionnement professionnel ? dans ses différents métiers, à l'international, dans le cadre interprofessionnel en santé ? **COMMENT ?** Par une définition composite empreinte d'éléments conceptuels, sociologiques, politiques, scientifiques, culturels, et inscrivant le "rôle social" de la profession et des professionnels dans l'écologie de la santé et de la société.

suite page 22

Support réglementaire existant :

Décret n° 98-879 du 8 octobre 1996, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, modifié le 27 juin 2000 par décret n° 2000-577.

"La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques..."

On entend par massage toute manœuvre externe réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuro-musculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection.

Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance..."

CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS
92014 NANTERRE CEDEX - A 10 mn de LA DEFENSE - R.E.R. - S.N.C.F.

RECHERCHE
DEUX MASSEURS KINESITHEAPEUTE
pour les services de soins adultes

Débutant accepté - reprise ancienneté possible

Candidature, CV et enveloppe timbrée à adresser à :
Madame Chantal LACOMBE
Directeur des Ressources Humaines
403, avenue de la République
92014 NANTERRE CEDEX
Tél. 01.47.69.67.02
Email : josette.jean-pierre@ch-nanterre.fr

LE CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE (SOMME)

RECHERCHE
pour son service de Médecine
Physique et de Réadaptation

MASSEUR KINESITHEAPEUTE
Possibilité de nomination à titre contractuel

Les candidatures doivent être
adressées à :
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier d'Abbeville
43, rue de l'Isle
80142 ABBEVILLE CEDEX

Renseignements auprès de
Madame ZECHSER ou Mademoiselle
AUDITEAU au 03 22 25 52 42
Ou auprès de la Direction des
Ressources Humaines 03 22 25 52 11



CENTRE HOSPITALIER DE RUMILLY (74)
A 20 minutes d'Annecy (Haute Savoie) et
d'Aix les Bains (Savoie), à 1 heure de Lyon

RECHERCHE
Un Masseur Kinesithérapeute

CDI à temps plein (35 H) et à temps partiel
pour les services de médecine / long séjour
/ réadaptation et rééducation cardiaque.
Vous intégrerez l'équipe pluridisciplinaire :
6 masseurs kinésithérapeutes, 1
ergothérapeute, 2 neuropsychologues.
Statut de la fonction publique hospitalière.

Adresser votre candidature :
Par courrier :
Directeur du Centre Hospitalier de
RUMILLY
23, rue Charles de Gaulle
B.P. 88 - 74151 RUMILLY Cedex
Par email :
dth@ch-rumilly.fr



Miramar Crouesty

La thalassothérapie d'Arzon (Morbihan Sud) recherche (h/f)
des kinésithérapeutes pour renforcer son pôle médical.

Poste à pourvoir en CDI - Logement possible - Rémunération à négocier

Adresser CV+lettre de motivation à
SNKY-Institut de Thalassothérapie
Mlle STELLA
Port du Crouesty, 56640 ARZON
servicepersonnel@miramarcrouesty.com



**Un espace ouvert
à votre expertise**

Votre métier est essentiel. Aussi, nous mettons tout
en œuvre pour vous permettre de mener à bien vos
missions et de valoriser vos compétences. Proche du
parc Montsouris à Paris, l'IMM (Hôpital privé à but non lucratif) offre
un environnement unique : 9 départements médico-chirurgicaux,
6 départements médico-techniques, un plateau technique moderne,
17 départements de chirurgie de pointe dont : orthopédie, thoracique,
vasculaire et réanimation, 420 lits et 1 500 personnes. Un environnement
à la hauteur de votre expertise, pour exprimer vos talents.

Cadre kinésithérapeute H/F
CDI temps plein
Gestion administrative et activités de rééducation. Encadrement
de 13 kinésithérapeutes. Première expérience d'encadrement exigée.
Certificat de moniteur cadre ou cadre de santé.

Kinésithérapeutes H/F
CDI temps plein - temps partiel
Polyvalents sur nos différents départements.

Adresser votre dossier de candidature
sous réf. KI/KS à l'Institut Mutualiste Montsouris,
DRH, 42 bd Jourdan, 75014 Paris
ou recrutement@imm.fr - www.imm.fr




HOPITAL LOCAL de GRAND-FOUGERAY (35)
(Etablissement Public de Santé)

RECRUTE
MASSEUR-KINESITHEAPEUTE - H/F

L'Etablissement est implanté dans une commune de 2000 habitants,
situé à 30 mn de RENNES, 40 mn de NANTES et 10 mn de BAIN de BRETAGNE par la voie express.

Poste à temps plein - à pourvoir début 2008
statut Fonction Publique Hospitalière.

CV+lettre de motivation à l'attention de Mr. le directeur
HOPITAL LOCAL
29, Rue St Roch B.P. 25
35390 Le GRAND FOUGERAY
Adresse e.mail : hop.gf.directeur@wanadoo.fr



Le Centre Hospitalier de Fontainebleau
60 Km Sud de Paris

RECRUTE
KINESITHEAPEUTES
Temps plein / Temps partiel - Sur poste ou remplacement

Adresser CV et lettre de motivation à :
Monsieur LEONARD
Directeur des Ressources Humaines
hleonard@ch-fontainebleau.fr
Centre Hospitalier de Fontainebleau
55, boulevard Maréchal Joffre
77305 FONTAINEBLEAU Cedex

Kinésithérapeutes h/f

Postes en CDI - (temps plein/temps partiel)
Avantages extra coventionnels
Possibilité d'hébergement

Le Groupe Hospitalier, d'une capacité totale de 200 lits de SSR,
dispose de 30 lits d'hospitalisation et 13 lits d'hôpital de jour
en rééducation fonctionnelle.

Le plateau technique récent est doté notamment
d'appareil de posturologie et isocinétisme.

Contact :
X MARSOLIER RRH
Tél. 01 69 52 77 16
fax 01 69 52 77 09
xmarsolier@ass-hopital-cheminots.asso.fr

M SCIBERRAS Cadre Rééducateur
Tél. 01 69 52 76 00
jlsciberras@ass-hopital-cheminots.asso.fr



Le Centre Henri BECQUEREL
Centre Régional de Lutte contre le Cancer de
Haute-Normandie

recrute un
« Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat »
poste temps plein

Activité de Masseur Kinésithérapeute D.E. hospitalier dans un
établissement de 120 lits d'hospitalisation (Chirurgie, Médecine
Oncologique, Hématologie) et 36 places d'hôpital de jour.

Les activités concernent :
La rééducation respiratoire.
L'aide à la marche et mobilisation des articulations.
Le massage et drainage lymphatique.
La participation aux staffs pluridisciplinaires au sein des départements de soins
La contribution à la formation d'autres soignants.

Poste à pourvoir dès maintenant.

Adresser lettre de motivation et CV au Service des
Ressources Humaines du Centre Henri BECQUEREL
Rue d'Amiens - 76038 ROUEN Cedex
ou ngallais@rouen.fnclcc.fr



Fondation HOPALE

La Fondation Hopale
62608 Berck sur Mer
(www.hopale.com)

Etablissement Spécialisé en
Chirurgie Orthopédique et réparatrice
Rhumatologie,
Rééducation et réadaptation Fonctionnelle

Etablissement privé, à but non lucratif
Convention Collective du 31 Octobre 1951 (F.E.H.A.P)

Recrute
MASSEURS - KINESITHEAPEUTES D.E
pour ses différents sites,
Berck sur Mer, Bailleul
et Fouquières (à proximité de la métropole lilloise)

Adresser CV + lettre de motivation à :
FONDATION HOPALE
Direction des Ressources Humaines
Rue du Docteur Calot
62608 BERCK-SUR-MER CEDEX
Tél. : 03 21 89 20 24



LES AMIS DE L'ATELIER
SERVICES ET ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX
www.lesamisdelatelier.org

Association, 30 établissements et services
en Ile de France, animée par un projet de service
fondé sur les valeurs chrétiennes, recherche pour son
IME (85 enfants), situé à Roissy en Brie (77) :

KINESITHEAPEUTE
CDI, mi-temps - CCN 66 (H/F)

Mission : Au sein de l'équipe pluridisciplinaire,
sous la responsabilité du médecin coordonnateur,
vous participez à la définition et à la mise en œuvre du
parcours de soins des enfants
et vous assurez les prises en charges

Profil : Votre expérience de l'accompagnement
d'enfants autistes ou polyhandicapés sera un plus.

Candidature (lettre de motivation, CV, Photo) à :
IME des Grands Champs
34 rue J. B. de Boismortier - 77680 Roissy-en-Brie
Email : ime.grandschamps@lesamisdelatelier.org



PRE-PROPOSITION DU CNOMK

"En lien avec les autres professionnels de santé, en toute autonomie et en pleine responsabilité, la massokinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. La masso-kinésithérapie prévient, restaure, réduit ou compense les mouvements et comportements pathologiques (niveau organique et fonctionnel) au niveau des déficiences, des limitations d'activités et restriction de participation.

La promotion de la santé, l'éducation à la santé et au bien-être des patients ainsi que la prévention et les activités d'évaluation et de conseil sont des éléments indispensables dans la définition de la profession qu'elle soit à but thérapeutique ou non.

La masso-kinésithérapie s'inscrit dans un cadre évolutif en termes de compétences professionnelles et s'appuie sur l'expérience, l'évaluation des pratiques professionnelles et les formations continues ou complémentaires.

La masso-kinésithérapie donne les moyens au professionnel de rendre le patient coauteur de son autonomie dans la gestion de sa santé."

1^{ère} proposition du CNKS (JUILLET 2007)

Le CNKS estime utile et nécessaire de revoir la définition de la kinésithérapie.

S'il s'agit de la kinésithérapie le CNKS souhaite que cette réflexion n'aboutisse pas à une définition trop restrictive telles que "traitement de la gestuelle humaine par le mouvement" (Dufour & Gedda, 2007), "thérapeutique fondée sur les massages, les mouvements et la gymnastique médicale" (mediadico, 2006), "traitement des affections musculaires et osseuses basé sur les massages et les mouvements du corps" (dictionnaire linternaute, 2007) ou encore "La masso-kinésithérapie (ou simplement "kinésithérapie") est une profession paramédicale de la rééducation à très large éventail de compétence. Le masseur-kinésithérapeute utilise le mouvement ou au contraire empêche le mouvement par la pose d'une contention (kinéma signifie le "mouvement" en grec)" (Wikipédia, 2007). Le CNKS souhaite que cette re-définition qui s'inscrit en parallèle des travaux sur activités et compétences, reforme de la formation et EPP, puisse conduire au changement du titre professionnel au profit de la physiothérapie. Le CNKS estime nécessaire de s'entendre préalablement sur l'objet de la définition de la kinésithérapie ou le kinésithérapeute ? En l'absence de précision une double proposition a d'abord été établie.

1^{ère} proposition du CNKS (mai 2007) :

La **kinésithérapie** place le mouvement et le fonctionnement humains au cœur du concept de santé.

La kinésithérapie évalue les potentiels de mouvement, en tenant compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, économiques et culturelles de chaque individu, dans le cadre de prévention, d'éducation à la santé et au bien-être, de promotion de la santé, de traitement, de réhabilitation et de conseil.

La kinésithérapie propose, en toute autonomie et en pleine responsabilité, en lien avec les autres professions de santé, un ensemble de services aux personnes pour préserver, développer et retrouver le mouvement et les capacités fonctionnelles à tous les âges de la vie, lorsqu'ils sont perturbés par les traumatismes, la maladie et le vieillissement, l'ignorance ou la négligence.

La kinésithérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne le mouvement, au niveau de ses structures et fonctions, de son activité et de sa participation à la société ; la kinésithérapie vise à réduire les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la société du patient de façon à minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie.

La kinésithérapie s'inscrit dans un cadre évolutif en termes de compétences professionnelles et se réfère à la formation initiale, l'expérience et la recherche, l'amélioration des pratiques par la formation tout au long de la vie professionnelle.

S'il s'agit du kinésithérapeute le CNKS souhaite que cette réflexion n'aboutisse pas à une définition trop restrictive, elliptique, néologique voire "lapalissade" telles : • "Professionnel de santé qui pratique la kinésithérapie" (Dufour & Gedda, 2007), • "Personne qui pose un acte thérapeutique ayant pour objet d'obtenir le rendement fonctionnel maximal des diverses capacités d'un individu par l'utilisation de thérapies manuelles, d'exercices physiques ou par d'autres agents physiques comme la chaleur, le froid, l'eau et l'ultrason" (Commission des praticiens en médecine douce du Québec, 2001), • "Rééducateur, récupère les capacités d'un muscle, d'une articulation ou d'une grande fonction organique. • Choisit le traitement approprié au cas et utilise des techniques telles que la massothérapie, la phy-

siothérapie, la gymnastique médicale... Participe à la prévention (conseils d'hygiène, de maintien, apprentissage des postures appropriées...). Peut procéder à des soins visant à

l'entretien, au bien-être ou à l'esthétique du corps. Peut aussi pratiquer des bilans de capacité" (ANPE fiche ROME 2007).

Le kinésithérapeute est un professionnel autonome dont la pratique se caractérise par un comportement réfléchi et un raisonnement clinique qui place le patient au centre du problème à résoudre.

Dans une approche holistique cohérente, le kinésithérapeute tient compte de pratiques entre professionnels de santé afin d'optimiser la récupération fonctionnelle et l'autonomie des patients.

Le kinésithérapeute indépendant ou intégré dans une équipe de soignants, peut travailler en cabinet, à l'hôpital, en centre de soins de suite et de réadaptation, en entreprise, dans des services de santé, en milieu éducatif ou sportif.

Intégré dans l'économie sociale, le kinésithérapeute est un professionnel reconnu par le code de la santé publique et répond aux attentes et aux exigences de la profession, des employeurs et du public.

Le kinésithérapeute est un professionnel autonome et responsable par :

- la connaissance et le respect des règles légales et éthiques de sa pratique
- l'adhésion aux principes de l'ordre professionnel des kinésithérapeutes
- la connaissance des limites de ses compétences professionnelles
- la participation au développement de sa profession

Les kinésithérapeutes exercent comme des praticiens indépendants au même titre que les autres professionnels de santé. Ils peuvent intervenir en première intention et les patients peuvent avoir recours à leurs soins sans se référer à quelque autre professionnel de santé ou de soins. La kinésithérapie offre un champ d'intervention très large pour les patients, les groupes, les modes d'exercice, et la variété des techniques mises en œuvre. La pratique de la kinésithérapie se réfère aux publications scientifiques professionnelles aussi bien pour réaliser une intervention efficace que pour appliquer les protocoles cliniques. Les praticiens se réfèrent à la fois aux recherches kinésithérapiques spécifiques et à la littérature générale scientifique en s'engageant dans une "pratique basée sur la preuve".

L'étendue et le champ de pratique de la kinésithérapie incluent :

- tous les âges de la vie et de son développement de la néonatalogie à la gériatrie
- la prévention et la promotion de la santé
- le diagnostic, le traitement et l'évaluation de ses résultats.
- l'organisation et la mise en œuvre de traitement individuel de récupération dans les atteintes musculo-squelettiques, neuromusculaires, internes et cutanées.
- l'intervention individuelle en soins palliatifs
- la mise en œuvre de traitement individuel de réadaptation comme chez les blessés médullaires, les personnes amputées.
- la diversité des lieux d'interventions, à domicile, en soins aigus, en soins de suite, en cabinet privé, dans les écoles et dans les entreprises.
- une compréhension des besoins de santé en concordance avec les différentes cultures et notre société.

Le kinésithérapeute est à la fois pédagogue et conseiller auprès des patients et des groupes de clients. Il peut également avoir une fonction de mentor auprès des étudiants en mobilisant ses compétences en formation et en communication.

Synthèse du CNOMK (octobre 2007)

Définition de la masso-kinésithérapie (Physiothérapie)

CHAMP D'ACTIVITÉ :

La masso-kinésithérapie (physiothérapie) agit sur le corps d'un être humain et les différents organes et/ou tissus qui le composent. La masso-kinésithérapie (physiothérapie) prévient, réduit et/ou compense les mouvements, gestes et comportements sensitivo-moteurs anormaux, dysfonctionnels ou pathologiques (niveau organique et fonctionnel). Ceci, tant au niveau des déficiences, des limita-

tions d'activités que des restrictions de participation. La masso-kinésithérapie (physiothérapie) identifie, établit, rétablit, développe, optimise ou harmonise les mouvements, gestes, fonctions et/ou comportements moteurs.

CONSTRUCTION DES SAVOIRS PROFESSIONNELS :

Les savoirs des professionnels s'appuient sur la formation initiale et continue. Ils se construisent à partir de l'expérience personnelle et/ou partagée (groupes de pairs, réunions de concertation, revues...), de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

→ Martine Hédreul-Vittet, Cadre supérieur de santé

MODES ET MOYENS D'ACTIONS :

Un ensemble d'actes et/ou de services coordonnés (co-déterminés avec le patient) visant une action directe ou indirecte sur le corps humain (thérapies, promotion et éducation à la santé des patients ainsi que prévention et activités d'évaluation, conseil et recherche clinique, appliquée ou fondamentale) est proposé par le masseur-kinésithérapeute (physiothérapeute) à partir de l'évaluation et du diagnostic. Les moyens peuvent être manuels, instrumentaux, verbaux, écrits ou graphiques, éducatifs ou cognitifs.

CONTEXTE D'INTERVENTION :

La masso-kinésithérapie (physiothérapie) tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient. Dans l'exercice de la masso-kinésithérapie (physiothérapie), en toute autonomie et en pleine responsabilité, le praticien

respecte un code de déontologie et des règles éthiques, adhère aux principes édictés par l'Ordre, connaît la limite de ses compétences, participe à la promotion et au développement de la profession.

LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE (PHYSIOTHÉRAPIE) DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ :

Les actes de masso-kinésithérapie (physiothérapie) participent aux politiques de santé. Tenant compte des actes et des activités des autres professionnels de santé, la massokinésithérapie (physiothérapie) est une pratique caractérisée par un comportement raisonné mettant le patient au centre du projet et qui vise à le rendre co-auteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de sa santé. Jacques Vaillant nous a fait savoir que les diverses contributions et amendements des organisations professionnelles avaient fait l'objet d'une attention particulière et que le

2^{ème} proposition du CNKS (novembre 2007) : synthèse du CNOMK amendée

Le CNKS fait le choix pour sa part d'une re-définition de l'activité et non de l'acteur : c'est bien de la Kinésithérapie qu'il faut réparer et d'un changement de terminologie au profit de la physiothérapie.

La physiothérapie (masso-kinésithérapie) est une profession de rééducation, centrée sur le mouvement et l'activité humaine, qui vise la réadaptation et la réhabilitation de la personne avec pour finalité sa réinsertion psychosociale et/ou professionnelle.

La physiothérapie identifie et évalue les potentiels et les capacités de mouvement et d'activité, en tenant compte des caractéristiques de chaque individu.

La physiothérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne le mouvement, au niveau de ses structures et fonctions, de son activité et de sa participation à la société ; la physiothérapie vise à réduire les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la société du patient de façon à minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie.

Les savoirs de la profession sont générés par un processus de formation tout au long de la vie. Ils se construisent par l'acquisition de compétences génériques et spécifiques, en formation initiale et continue, à partir de l'expérience personnelle et/ou partagée des situations d'exercice, de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

L'ensemble des actes et/ou de services coordonnés de la physiothérapie, co-déterminés avec le patient, est proposé à partir de l'évaluation et du diagnostic. Que ce soit dans un but thérapeutique, de promotion ou d'éducation de la santé, de prévention ou d'évaluation, de conseil et recherche clinique, les moyens d'action de la physiothérapie peuvent être manuels, instrumentaux, verbaux, écrits ou graphiques.

La physiothérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient.

La physiothérapie, est exercée en toute autonomie et en pleine responsabilité, dans le respect du code de déontologie et des règles éthiques.

Les interventions de physiothérapie s'inscrivent dans les politiques de santé. Tenant compte des actes et des activités des autres professions de santé, la physiothérapie est une pratique caractérisée par un comportement raisonné mettant le patient au centre du projet et qui vise à le rendre co-auteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de sa santé. Elle est exercée par des professionnels diplômés qui s'engagent :

- à respecter les règles déontologiques et les pratiques éthiques des professions de santé,
- à acquérir et développer les compétences professionnelles nécessaires, à la réalisation des activités de prévention, d'éducation et de soins, reconnus efficaces par l'état de la science."

conseil national avait pris connaissance d'une nouvelle version (encore inconnue des organisations professionnelles) préparée par la commission. Le cnomk a donné un avis favorable à la poursuite des travaux sur cette base et en intégrant de nouvelles dimensions. La commission du cnomk est désormais en charge de "définition & activité, compétences et formation".

Souhaitant que dans ce cadre crucial de la définition professionnelle, de la référentialisation des activités et compétences... une nouvelle démarche convergente conduise la profession dans toute la diversité de ses exercices et représentations à parler - si ce n'est d'une seule voix au moins - de la même chose : la valorisation de la physiothérapie (au sens international du terme) et la reconnaissance de son utilité sociale.

"Avoir en soi-même le principe de ses actes, c'est avoir aussi en soi la possibilité de les exécuter ou non."

Aristote
Ethique de Nicomaque

S'il est difficile de parler d'éthique et a fortiori d'éthique en masso-kinésithérapie c'est que l'éthique nous renvoie directement à notre humanité et à notre incertitude. Elle interroge directement notre capacité à être libre "avec et pour les autres dans des institutions justes".

L'éthique a une racine commune avec la morale, elle en diffère néanmoins de par le concept d'action qui s'y rattache. Etymologiquement les deux termes sont identiques, ils renvoient aux moeurs, à la conduite. "Ethos" en grec ou "mores" en latin ont la même signification. Il s'agit, dans les deux cas, d'émettre des jugements sur ce que l'on doit faire ou sur la manière dont il faut concevoir la vie bonne, conforme au bien et au devoir. Cependant, au cours des siècles, les deux termes ont évolués et ont été utilisés de manière distincte.

La morale appelle une conduite, une obligation, non pas extérieure comme la règle de droit, mais comme une règle intérieure qui s'impose à soi. "Le discours moral implique le devoir et la volonté de mettre un terme aux situations négatives de la dignité humaine." (Marcel Conche). La morale s'énonce comme un impératif catégorique "je dois, je ne dois pas... il faut que" auquel on ne peut pas déroger. "L'action morale est celle qui résulte du pur respect de la loi morale" (Robert Misrahi). L'expérience morale, dit Monique Canto Sperber, "est une dimension de l'être humain dans ses rapports à la normativité". Kant en fait une loi universelle : "Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle".

L'éthique, elle, va plutôt interroger sur les fondements de l'action, le sens des choix que nous pouvons faire. Elle s'énonce comme un impératif hypothétique "ceci vaut-il mieux que cela". Pourquoi, comment, quelles conséquences puis-je imaginer à l'action ?

Morale et éthique s'appuient sur un socle de valeurs culturellement et historiquement ancrées dans nos manières d'agir. La morale peut-être traduite comme conviction alors que l'éthique s'entend comme la mise en œuvre d'une dimension subjective et intentionnelle. L'éthique s'affranchit alors de la morale de par la réflexion même du sujet qui prend conscience du fait que c'est lui-même qui est la source des choses et de la valeur de ses actes (Robert Misrahi). L'éthique révèle la possibilité de faire des choix et nous fait percevoir les conséquences possibles de ces choix.

L'éthique s'inscrit alors, non plus seulement, dans une dimension déontologique de respect mais plus encore dans une dimension d'estime où la rencontre de l'autre est à l'origine de la responsabilité. Estimer l'autre c'est introduire une relation où les deux partenaires se construisent ensemble. C'est l'autre qui, de manière réciproque, me donne ma dimension de personne.

Si, être masseur kinésithérapeute, rééducateur, n'appelle pas une éthique particulière, au sens où nous l'avons défini, c'est-à-dire dans sa dimension réflexive, cela interroge, au demeurant, notre relation particulière à la personne soignée. Professionnels, nous sommes amenés à développer l'autonomie de la personne confiée. Liberté des tissus, liberté des voies aériennes, souplesse du mouvement, renforcement musculaire comme un haubanage de voilier... tout notre exercice tend à libérer la personne, à la rendre autonome. L'autonomie est définie par Kant dans la métaphysique des moeurs comme la propriété que la volonté a d'être, à elle-même, sa loi. Notre exercice a pour visée, alors, de créer les possibilités de l'action pour l'autre. Penser l'autonomie de l'autre c'est penser sa liberté. L'altérité devient une condition nécessaire à la liberté. Prendre soin du corps, dit Bernard Honoré, c'est le maintenir en sa disponibilité et son utilisabilité particulière pour qui l'habite et qui a à vivre en existant. Notre responsabilité, tant humaine que professionnelle, nous donne à inventer cette singularité de la relation thérapeutique.

Mais, si le questionnement éthique s'instaure dès lors où je me trouve confronté à la singularité originale de l'autre, elle réclame également l'intervention dans l'espace collectif. "Evoquer la raison d'une action, c'est demander de placer l'action dans un contexte plus large, généralement fait de règles d'interprétation et de normes d'exécution, qui sont supposées communes à l'agent et à

la communauté d'interaction» (Paul Ricœur). Si la faculté de juger est envisagée pour Kant (Critique de la faculté de juger) comme faculté de l'esprit humain à traiter du particulier, la sociabilité est considérée comme condition de l'exercice de cette faculté. Aristote précise également dans Politiques "qu'un homme de bien ne peut être un bon citoyen que dans une cité bonne". C'est au travers de cette volonté de développer une "vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes" (Paul Ricœur) que nous accédons à la responsabilité. "Respondere" c'est se porter garant, c'est prendre sur soi la dette d'un autre dans une relation qui engage un tiers (François Eswald, dans la revue autrement "Qu'est-ce que la responsabilité"). La responsabilité qui peut se concevoir comme individuelle se conçoit également comme collective. Je suis alors tenu pour responsable de quelque chose que je n'ai pas fait du fait de ma participation à un groupe qu'aucun acte volontaire de ma part ne peut dissoudre (Hannah Arendt).

C'est cette dimension collective comprise comme responsabilité vis-à-vis d'une communauté, qui nous amène à nous exprimer au travers du droit et de la déontologie en lien avec l'engagement politique.

Cette inscription dans la dimension prescriptive de la déontologie correspond à l'obligation de répondre aux principes déterminés par un groupe, une communauté. Cette inscription pose un certain nombre de questions non parfaitement résolues et pourrait-on dire, de ce fait, éthiques :

- Comment pouvons-nous penser être ensemble responsables ?
- Comment concilier intérêts individuels et intérêts collectifs ?
- Comment une éthique singulière de la rencontre de l'autre peut-elle nous amener à élaborer des normes collectives ?
- Et, enfin comment peut-on penser, au sein du groupe, la fonction critique et les conditions de son expression ?

La question de savoir comment on peut déterminer quels sont les actes obligatoires ou les choses intrinsèquement

mauvaises n'est pas, on le voit, résolue de manière parfaitement satisfaisante. Et ce, d'autant, que la question morale est relative au contexte et à l'époque dans laquelle elle se pose.

Une des réponses est apportée par John Rawls dans sa Théorie de la justice. Il introduit l'idée que l'on peut (si on le veut) déterminer ce qui est juste à partir d'une discussion hypothétique où chacun ignore la position qu'il occupe dans la société. Chacun, en quelque sorte, imagine alternativement qu'il est à la place de l'autre.

L'exercice de la dimension collective est un exercice difficile. Elaborer ensemble des règles, une définition de la profession, ne va pas de soi. Or, l'appartenance à un groupe me rend responsable des normes produites par ce groupe.

Jurgens habermas réduit en partie cet écart en élaborant le concept "d'éthique de la discussion". La discussion structurée selon des principes vise à dépasser l'opposition entre l'universalisme abstrait et le relativisme éthique. "Au lieu d'imposer à tous les autres une maxime dont je veux qu'elle soit une loi universelle, je dois soumettre ma maxime à tous les autres afin d'examiner par la discussion sa prétention à l'universalité." L'opposition universalité/contextualité ne peut être résolue ni sur le strict plan de la raison théorique ni de la raison pratique. Les principes universels servent de garantie pour le maintien et la coexistence des différences.

La dimension collective ce n'est pas l'uniformité. Elle est un construit où chacun a la possibilité d'introduire un principe d'agitation et d'inquiétude. C'est le maintien de ce questionnement permanent qui permet l'expression d'une volonté là où il n'y a avait qu'un évènement.

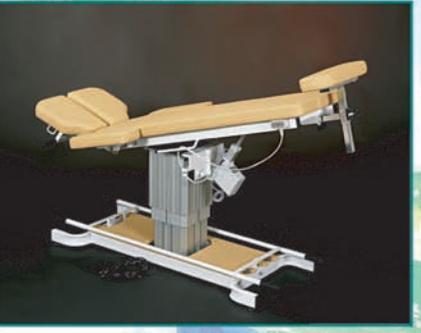


Bibliographie

ARENDETT Hannah. *Juger sur la philosophie politique de Kant*. Point seuil 1991. / ARISTOTE. *Ethique de Nicomaque*. G.Flammarion. 1965 / CANTO SPERBER Monique. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. PUF. 1996. / CONCHE Marcel. *Le fondement de la morale*. PUF. 1993. / KANT Emmanuel. *Critique de faculté de juger*. G.Flammarion. 1995. / MISRAHI Robert. *La signification de l'éthique*. Synthelabo. 1995. / RENAUT Alain. *La philosophie*. Odile jacob. 2005. / RICOEUR Paul. *Soi-même comme un autre*. Points Seuil. 1990



30 MODELES



CONCEPTEUR

FRANCO & FILS

Z.I. - RN7
58320 POUQUES LES EAUX
Tél: 03-86-68-83-22
Fax: 03-86-68-55-95
www.francofils.com
info@francofils.com

DEPUIS 1955
N°1
TABLE ELECTRIQUE

FABRICATION



CATALOGUE SUR DEMANDE



FABRICATION

D' APPAREILS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX



PHYTODERMIE®

Gels à base d'huiles essentielles

MASSAGE

RÉÉDUCATION POST-TRAUMATIQUE

RÉÉDUCATION POST-OPÉATOIRE

Partenaires JNKS
Pour plus d'informations ou échantillons gratuits
Laboratoire EONA / PHYTODERMIE

Contactez-nous au 01 60 78 93 03
ou sur contact@phytodermie.com



DERMASPORT Gel cryo,
Tube 125 ml et Flacon 500 ml
(gel d'application sur traumatismes musculaires et articulaires)

HUBER[®]

RÉÉDUQUER EN MOUVEMENT

CENTRES
NERVEUX

INFORMATIONS
VESTIBULAIRES

INFORMATIONS
VISUELLES

STABILISATION
DE LA POSTURE

INFORMATIONS
PROPRIOCEPTIVES

INFORMATIONS
EXTÉROCEPTIVES



DERNIÈRES ÉTUDES :

DR. M. BOJINCA

Étude comparative entre HUBER et la kinésithérapie classique pour la prise en charge de la lombalgie chronique commune.

PR. P. SAGGINI

Évaluation de l'efficacité du système HUBER dans l'amélioration de l'équilibre chez les sujets âgés.

LPG

Informations au :

N° Azur 0 810 786 900

COÛT D'UN APPEL VARIABLE SELON L'OPÉRATEUR TELEPHONIQUE