

JNKS 2009  
cf page 30



## Kinésithérapie

théories & modèles P05

→ P05 Théories et modèles



→ P10 Identité professionnelle ?



→ P22 Pratiques en gérontologie



Sept-Oct 2008  
n°11

"L'avenir  
quotidien"

EDITION



Santé  
Synergie

# VACCINEZ VOTRE BUDGET SANTÉ

Offre spéciale  
moins de 30 ans<sup>(1)</sup> :  
3 mois de cotisation  
offerts



Votre mutuelle  
à partir de  
15 €/mois<sup>(2)</sup>

Adhérez à la MNH  
comme plus de  
650 000 professionnels  
de la santé et du social

Véritable repère depuis près de 50 ans dans l'univers de la santé,  
la MNH est une mutuelle solidaire, qui sait évoluer avec son temps pour toujours  
mieux vous couvrir. Sans plus attendre, découvrez la garantie qui vous convient  
le mieux parmi la large gamme que nous vous proposons.



N° Indigo 0 820 00 45 00

www.mnh.fr



(1) Offre valable pour une adhésion conclue entre le 01/01/08 et le 31/03/08 inclus. Réservez nos professionnels de la santé et du social dès le 01/01/08 et n'ajoutez pas AM ouverte par la MSH  
ou cotise dès 21 ans précédant le 1er janvier de l'adhésion. Offre non cumulable avec d'autres offres promotionnelles.

(2) La garantie Santé est réservée aux nouveaux adhérents fonctionnant de 3 ans maximum et aux titulaires d'un contrat santé existant.

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social

La MNH est MSH Préfaisant avec deux mutuelles liées par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité. (Séparément en) Tailleur National des mutuelles et les numéros 775 606 301 pour le MSH et 446 811 pour MSH Préfaisant.

## Sommaire n°11 Sept-Oct 2008

<b>Macroscope</b> Théories & modèles	P05
<b>Au cœur du métier</b> L'identité professionnelle	P10
<b>Au cœur des organisations</b> Kinésithérapie salariée : attractivité et fidélisation, enjeux et perspectives	P12
<b>Au cœur de la formation</b> Le diplôme d'état de kinésithérapie : nouvelles modalités	P15
<b>Au cœur de la recherche</b> Enquête par questionnaire : pour quoi ?	P19
<b>Praticoscope</b> Pratiques professionnelles en gérontologie : émergence et évolution.	P22
<b>Juridiscopes</b> Un kinésithérapeute condamné suite à une infection nosocomiale	P28
<b>CNKS</b> XIII <sup>e</sup> JNKS Annecy 2009	P30



Direction de la publication  
Yves Cottret

Rédacteurs en chef  
Brigitte Plages, Jacques Bergeau

Comité de rédaction  
Magali Faroult, Pascale Gosselin,  
Andrée Gibelin,  
Maryvonne Grunberg,  
Pierre-Henri Haller,  
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 7311Z  
SARL AU CAPITAL DE 40 000 €

Crédits photographiques  
Fotolia, Philippe Savineau,  
Peggy Verdillon,  
Maison du tourisme d'Annecy  
Centre Hospitalier d'Annecy  
Impression  
Tanghe printing

Dépôt légal :  
3<sup>ème</sup> trimestre 2008  
ISSN : 1956-7596

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

**kinéscope**  
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

# Périscope

"Nous ne raisonnons  
que sur des modèles"  
(P Valéry)



## Revue de rentrée

Kinéscope a 2 ans ! Vous êtes de plus  
en plus nombreux, à nous témoigner  
de votre intérêt pour l'innovante ligne  
éditoriale de cette publication. La

rubrique **juridiscopes** instaurée dans le n°9 est péren-  
nisée dans ce 11<sup>ème</sup> numéro. Kinéscope ouvre une  
autre nouvelle rubrique : **praticoscope**. Il ne s'agit pas  
de parler technique dans un domaine particulier.  
Il s'agit de rapporter et faire connaître en termes de  
missions, d'activités - et de façon croisée ou compa-  
rative - les pratiques kinésithérapiques salariées dans  
les hôpitaux, les centres de rééducation et dans  
les réseaux ; il s'agit de les référer à des modèles,  
à des théories... il s'agit d'évoquer leurs évolutions,  
leurs confrontations aux pratiques d'autres profes-  
sionnels. Vous y contribuez au quotidien. Vous pensez  
pouvoir en témoigner ? N'hésitez pas à vous faire  
connaître (\*) !

**Théories et modèles** peuvent et doivent éclairer nos  
pratiques et l'environnement très mouvant de notre  
exercice ; ils peuvent et doivent aussi nous aider à les  
(re)construire et à les faire évoluer. Le monde bouge ...  
la profession dans son ensemble (et l'exercice salarié  
plus encore confronté au modèle interpro) qui fonde  
son existence, entre autre, sur le mouvement ne peut  
rester figée, parfois arc boutée sur des principes obsolètes !  
La loi PST, la réingénierie du diplôme, l'étude  
prospective métier, le rapport HAS et la toute nou-  
velle mission ministérielle sur les coopérations sont  
autant de sujets auxquels le cnks tente de contribuer.  
Là aussi vos avis nous sont précieux (\*)... Merci par  
avance des réponses à nos questionnaires, comme  
vous l'avez fait pour le sujet "valeurs" et le sujet  
"attractivité" auxquels le cnks consacre à juste titre  
une grande énergie(\*\*).

Les XIII<sup>èmes</sup> JNKS auront lieu à **Annecy (\*\*\*)** avec  
comme thème générique "Kinésithérapie et territoi-  
res de santé"... l'occasion de faire le point sur tous ces  
sujets.

**Yves Cottret**  
Président

(\*) par mail : cnks@wanadoo.fr

(\*\*) cf page 12

(\*\*\*) cf page 30

La référence\* des professionnels a changé de nom

# Tensoplast®

remplace **Elastoplaste®**

**N°1**  
\*Enquête 2007  
Kinésithérapeutes / Enfants

Retrouvez sous ce nom la bande adhésive numéro 1 du marché\*, à laquelle vous avez assuré un succès constant durant des décennies en reconnaissance de ses propriétés uniques.

Disponible uniquement auprès des professionnels de la santé, **Tensoplast®** est facilement reconnaissable à son packaging bleu, blanc et rouge.

Maintenant, avez le réflexe **Tenso!**



Distributeur et fournisseur de



Fédération Française de Kinésithérapie



Association Française de Kinésithérapeutes



Division Communication et Marketing • 25, Boulevard Mère et Alphonse-Duport • 41151 F. MANS Cedex 2  
Tél: 02-47-41-11-11 - Fax: 02-47-41-11-11  
DGH medical SAS au capital de 49 000 000 euros • SIRET: 404 0 10 890 - 702 La Hérault

## FRANCO & FILS

Z.I. - RN7  
58320 POUQUES LES EAUX

Tél: 03-86-68-83-22

Fax: 03-86-68-55-95

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

[info@francofils.com](mailto:info@francofils.com)



CATALOGUE  
SUR DEMANDE

DEPUIS 1955

**N°1**  
TABLE ELECTRIQUE



FABRICATION



30 MODELES



CONCEPTEUR

D' APPAREILS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

# Macroscopie

## Théories et modèles

→ Jacques Bergeau & Yves Cottret

Pouvons-nous identifier une (ou des) théorie(s) de la kinésithérapie ? Quels modèles sont utilisés par les kinésithérapeutes ? Quels modèles seraient utiles aux kinésithérapeutes ? Quelle est la référence initiale ou principale du modèle ? Existe-t-il des références complémentaires ? Quels sont leurs apports ? Quel lien avec les compétences du kinésithérapeute (référentiel de compétences) : quelle(s) compétence(s), actuellement en cours de définition, est (sont) concernée(s) par ce(s) modèle(s) ?

Théorie, notion, concept, modèle, méthode, référentiel et autres mots envahissent les discussions, les discours et les écrits... employés les uns pour les autres ils finissent par se (faire) confondre.

Dans notre profession - comme dans d'autres - étayer et formuler une proposition de "compétence" renvoie à une kyrielle de représentations. Au delà de définitions référentielles (qui désignent la chose dénotée par un signe) ou sémantiques (qui identifient les signes dans un méta-système construit) il nous semble utile de pouvoir mettre en relation le sens de ces mots relevant des définitions polysémiques (les mots

du dico) et des définitions exclusives (les concepts).

Kinéscope poursuit dans ce dossier sa tentative de clarification et de reliance de ces éléments "structurants" de la connaissance et de l'objet, scientifique ou empirique, de la kinésithérapie... espérant que la profession s'entende sur les modèles porteurs de sens pour définir ses compétences.



**En bref :**

- une **notion** est une idée, une tentative de regroupement, mais une idée fluctuante, non stabilisée, non-réglée par une définition précise.
- un **principe** est une propriété première générale, universelle ; il se décline en principe théorique, nécessaire au raisonnement déductif, et en principe d'action, indispensable à la pratique.
- un **concept** est une idée abstraite et générale, une construction de l'esprit qui regroupe les objets qu'il définit. C'est aussi une idée explicative découlant d'une théorie générale et que l'on vérifie par l'expérimentation. Un concept est

une construction de l'esprit, qui se définit en compréhension (en fonction de ses propriétés) et en extension (de ses objets constituants), qui s'effectue soit a priori (concept pur non tiré de l'expérience) soit a posteriori (concept empirique).

- une **théorie** est un ensemble de propositions servant à unifier de façon logique des concepts afin d'expliquer et d'interpréter certains aspects de la réalité dont on cherche à rendre compte !

- un **modèle** en tant qu'adjectif signifie "ce qui possède les qualités idéales". En tant que nom - au-delà de l'objet du peintre et du mannequin - il signifie "ce qui sert comme base à l'imitation" ou encore le prototype, le spécimen et enfin la représentation simplifiée d'un processus.

"Le modèle est un intermédiaire à qui nous déléguons la fonction de connaissance" nous indique S. Bachelard.

Dans les 7 propositions rapportées ci-après, **essentiellement relevées** dans la **littérature anglosaxonne** et qui tentent de définir ou de redéfinir la kinésithérapie, le "modèle" alterne avec la "théorie". Kinéscope rappelle ci-après ces modèles et théories et leurs principales caractéristiques.

**1 → Le modèle du mouvement perturbé** (The model of pathokinesiology). Hislop HJ (1975).

La kinésiopathologie est la science clinique propre à la kinésithérapie. Elle étudie l'anatomie et la physiologie du mouvement humain perturbé. Cette science présente

une base théorique assez large pour donner une explication au dysfonctionnement du mouvement humain. La kinésithérapie dispose donc d'un corpus de connaissances à la fois scientifique et empirique pour traiter un large éventail de dysfonctionnements.

A partir de ces bases scientifiques, la kinésithérapie a le privilège de placer le mouvement (role of exercise) comme point central dans la santé et la maladie. La kinésithérapie s'applique à l'Homme perçu comme un système biologique hiérarchisé (Laszlo, 1972) à plusieurs niveaux :  
cellules <-> tissus <-> organes <-> système <-> personne <-> famille.  
Des boucles cybernétiques relient les niveaux.

Chaque niveau exprime sa fonction dans le mouvement : échanges cellulaires, flux sanguin, contraction musculaire, mouvement réflexe, locomotion, déplacements... etc.  
Le dysfonctionnement d'un niveau rompt l'homéostasie et entraîne des adaptations pour retrouver un équilibre.

Des signes seront donc perceptibles sur d'autres niveaux que celui qui dysfonctionne au départ.

La kinésithérapie intervient donc lors d'une perturbation, existante ou potentielle, qui se manifeste par une dysfonction du mouvement (tel que définit dans le modèle ci-dessus). Elle intervient depuis le niveau "tissus" jusqu'au niveau "personne", pour restaurer l'homéostasie, ou bien renforcer la capacité de l'organisme à s'adapter à une déficience permanente. Il est

clair que l'action de la kinésithérapie influence les niveaux "cellules" et "famille".

**2 → Le modèle du processus kinésithérapique** (The model of physiotherapy process) Tyni-Lenné R (1983).

Il enrichit le modèle de Hislop (pathokinesiology) par les notions de : conditions du mouvement, de capacité de mouvement et de comportement du mouvement (depuis le niveau "tissus" jusqu'au niveau "groupe").

cellule <-> tissus <-> organe <-> système <-> personne (somatique, psychique, sociale) <-> groupe, famille <-> société

Tyni-Lenné propose un modèle pour la kinésithérapie : le processus de kinésithérapie.

ENTREE > éprouver un problème > définir le problème > établir un but > planifier des mesures > prendre ces mesures > évaluer les mesures > SORTIE (avec possibilité de rentrer dans le système après l'évaluation des mesures)

Elle définit le processus de kinésithérapie comme l'ensemble des processus thérapeutiques par lesquels l'activité de kinésithérapie influence la santé des hommes. C'est une synthèse de 3 processus : d'interaction, de résolution de problème et de décision.

**3 → Le modèle du parcours d'un patient en kinésithérapie** (The model of patient management) APTA (1995).

Précédé d'articles concernant le diagnostic en kinésithérapie (Sahrman, 1988 ; Rose, 1989, Guccione, 1991).

Il enrichit le modèle de Tyni-Lenné (physiotherapy process) par les notions de Diagnostic, Pronostic, Résultats (outcome) et situe la kinésithérapie à la fois dans le champ de la maladie (patient > intervention) et dans celui de la santé (client > prévention, éducation et promotion de la santé).

Examen > Evaluation > Diagnostic > Pronostic > Intervention >> Résultats  
C'est là encore une synthèse de 3 processus : d'interaction, de résolution de problème et de décision.

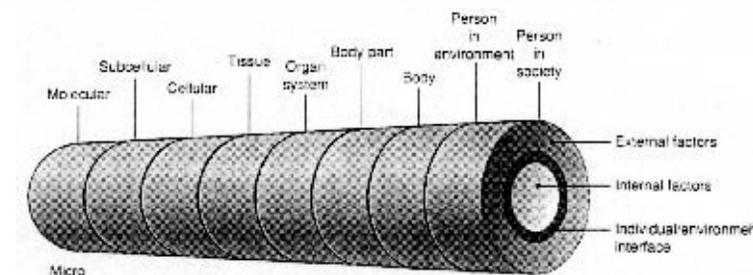
**4 → La théorie du continuum de mouvement** (The movement continuum theory of physical therapy) Cott CA & Co (1995).

C'est un modèle à une seule dimension : le mouvement.

**3 principes généraux** : le mouvement est essentiel à la vie humaine, le mouvement se produit sur un continuum du niveau microscopique au niveau de l'individu dans la société, les niveaux de mouvements sont influencés par des facteurs physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux...

... et **6 principes de kinésithérapie lient la science du mouvement aux capacités de mouvement et à la pratique clinique** : les niveaux de mouvements sont interdépendants / à chaque niveau existe un potentiel maximal de mouvement réalisable (PMMR), influencé par les autres niveaux et par les facteurs ci-dessus / dans ce potentiel, chaque être humain possède sa capacité de mouvement de référence et sa capacité de mouvement actuelle (identiques

**Représentation multidimensionnelle du II<sup>e</sup> principe général :**



dans les circonstances habituelles) / des facteurs de croissance ou des facteurs pathologiques peuvent affecter le PMMR et créer une différence des deux capacités, de référence et actuelle / le but de la kinésithérapie est de minimiser cette différence existante ou potentielle / la pratique de la kinésithérapie comprend les mouvements thérapeutiques réalisés ou facilités par le praticien, les exercices thérapeutiques réalisés par le patient sous sa direction ou surveillance et les modifications de l'environnement.

**5 → La théorie du contrôle moteur** (The motor control theory). Shumway-Cook A & Co (1995 & 2001)

Elle identifie des "**dimensions du mouvement**" : force, souplesse, proprioception, coordination et fait le lien entre contrôle moteur et apprentissages moteurs.

**6 → Le modèle des "preuves en kinésithérapie"** (The model of evidence-based physiotherapy) issu de l'"evidence-based medicine" Sackett D, 1996). Di Fabio RP (2000) APTA (2001).

La pratique basée sur la preuve (evidence-based practice) est définie comme la "confrontation de la meilleure preuve issue de la recherche avec l'expertise clinique du praticien

et les valeurs du patient" (Sackett, 2000).

Cormack (2002) identifie la démarche de la pratique basée sur la preuve en kinésithérapie, les protocoles expérimentaux utiles pour résoudre les problèmes des patients, les bases de données qui facilitent la recherche de preuves.

Approche scientifique : modèle hypothético-déductif.

Modèles de la santé et du raisonnement clinique en kinésithérapie.

Stratégies de raisonnement clinique (Edwards, 2004) : raisonnements diagnostic, narratif, interactif, collaboratif, didactique, prédictif, éthique.

**7 → Le modèle du "fonctionnement"** (The ICF model). WHO (2001)

La CIF est, in extenso, la "**Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé**". La version originale est anglaise (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health), éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001. La CIF est donc une traduction.

Elle est aussi le résultat d'une évolution conceptuelle de la maladie, du handicap et de la santé :

classification des causes de décès (1893), puis classification internationale des maladies (CIM en 1946, 10<sup>ème</sup> version actuellement) et classification internationale des handicaps (CIH en 1980).

La CIH est la "**Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages**" éditée par l'OMS en 1980. Elle complétait la CIM, Classification Internationale des Maladies (1946) en proposant, pour la première fois, une description des conséquences de la maladie. Ainsi, pour une même maladie, deux patients différents pouvaient avoir des déficiences différentes, des incapacités différentes et des désavantages différents, donc un handicap différent. Cette classification, inspirée du modèle biomédical, pointait tous les aspects "négatifs" d'un malade (déficiences, incapacités et désavantages) et permettait d'envisager la rééducation, la réadaptation et la réinsertion.

Le seul mot commun dans les titres originaux des deux classifications est "disability", traduit par "désavantage" dans la CIH et par "handicap" dans la CIF ! La CIF ajoute à la CIH les **éléments positifs du fonctionnement** d'une personne (intégrité des structures et fonctions, activité et participation), tout en modifiant la présentation du

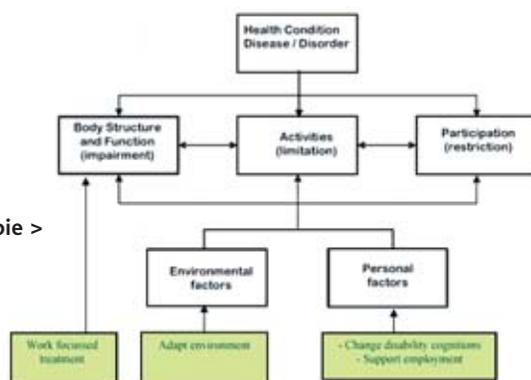
# Macroscopie

## Théories et modèles (fin)

→ Jacques Bergeau & Yves Cottret

processus de production du handicap (déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation) et en prenant plus largement en compte l'environnement. Elle permet au final la description de tous les états de santé. La CIF, inspirée du modèle biopsychosocial, s'inscrit résolument dans la santé (plus seulement dans la maladie et ses conséquences) et constitue à cet égard une évolution notable de la CIH.

**Modèle de résolution de problème en kinésithérapie >**



### RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES EN COURS D'ÉLABORATION DANS LE CADRE DE LA RÉINGÉNÉRIE DU DIPLOME : À QUEL MODÈLE (À QUELLE THÉORIE) PRÉFÉRENTIEL(LE) SE RÉFÉRER ?

- 1 Evaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de la kinésithérapie.  
Élaborer un diagnostic en kinésithérapie.  
Les modèles du mouvement perturbé / du parcours patient / des "preuves en kinésithérapie" / du fonctionnement.
- 2 Concevoir et conduire un projet d'intervention dans le domaine de la kinésithérapie.  
Concevoir un projet d'intervention dans le domaine de la kinésithérapie.  
Les modèles du parcours patient / des "preuves en kinésithérapie". La théorie du continuum de mouvement en physiothérapie.
- 3 Mettre en œuvre des pratiques / des techniques / des activités de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation dans le domaine de la kinésithérapie.  
Mettre en œuvre les activités de kinésithérapie.  
Les modèles du processus kinésithérapique / du parcours patient / du contrôle moteur.
- 4 Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention en kinésithérapie et en santé publique.  
Conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage en kinésithérapie et en santé publique.  
Les modèles du mouvement pathologique / du processus kinésithérapique / du parcours patient / du fonctionnement.

- 5 Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention.  
Conduire une relation dans un contexte d'intervention kinésithérapique.  
Le modèle du fonctionnement.
- 6 Analyser et améliorer sa pratique professionnelle.  
Améliorer sa pratique professionnelle.  
Le modèle des "preuves en kinésithérapie".
- 7 Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.  
Réaliser une étude en kinésithérapie.  
Les modèles du mouvement pathologique / du processus kinésithérapique / du parcours patient / des "preuves en kinésithérapie" / du fonctionnement.
- 8 Gérer une structure et ses ressources.  
Gérer une structure et ses ressources.
- 9 Coordonner des activités et coopérer avec d'autres professionnels.  
Coordonner des activités de santé.  
Le modèle du fonctionnement.
- 10 Informer et former des professionnels et des personnes en formation.  
Communiquer pour la santé des personnes et des populations.  
Le modèle du fonctionnement.
- 11 Former des professionnels et des personnes en formation.  
Le modèle du fonctionnement.

Être responsable, c'est accepter d'affronter la critique de la science  
LPG : 80 études en 20 ans!



Utilisation de la technique de microanalyse pour étudier la réponse lipidique du tissu adipeux fémoral après 12 séances de Technique LPG.  
MONTFUX C., IAFONTAN M.  
Sous presse dans "Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2008"

Modification des paramètres d'équilibration et de force exercés au réconditionnement sur plateforme motorisée de rééducation : étude chez le sujet sain.  
DUBIE I, ANDRE A., DUGUE RIBIERO M.J., THOUINIE P., PORTERO P.  
Annals de Réadaptation et de Médecine Physique 01 (2008) : p09-06.

Etude prospective randomisée sur l'utilisation de la technique LPG dans les fibromes radio-induits : analyse clinique et profilométrique.  
BOURFOIS LP, COURDOU S., KRAMAR A., LAGARDE JM, GUILLOT B.  
Skin Research and Technology 2008 : 14: 71-76.

Traitement de la cellulite : efficacité et rémanence à 6 mois de l'Endermologie® objectivée par plusieurs méthodes d'évaluation quantitative.  
ORIGNAL JP, GUILLET-MOUYILL C., UUILLE L., LAMOUZOU C., ZARTADIAN M.  
New Dermatol 2004, 23: 261-269

Compréhension de l'efficacité du DLM en de la Technique LPG dans le traitement du lymphœdème secondaire après chirurgie pour cancer du sein.  
MOSELEY A.L., FILLER N.B., DOUGLASS J., ESPUN M.  
Journal of Lymphedema 2007, Vol 2, N°2, 35-36.

Efficacité d'un programme de rééducation avec le système HUBER comparé à un programme de rééducation classique dans la lésion chronique ischémique.  
BUJINCA M., BUDA U., MIHAL C., MILIGESCU M., COHNLA H.  
Congrès Annuel Européen en Rhumatologie de la Ligue Européenne contre les Rhumatismes (EULAR) : 21-26 Juin 2006; Amsterdam.



et toutes les autres études sur [www.cosire-lpg.com](http://www.cosire-lpg.com)

Demandez les Etudes Scientifiques LPG : Tél: 0 810 786 900





## → Vers une nouvelle identité professionnelle ?

A l'heure de la réingénierie du diplôme, fort de ses travaux sur le métier et sur les pratiques professionnelles le CNKS avance l'idée d'un changement d'appellation professionnelle (cf précédent Kinéscope). Pour poursuivre la réflexion, A. Gibelin, responsable de l'étude pratiques professionnelles a accepté la publication, dans plusieurs "Kinéscope", d'extraits de son mémoire de Master 1 (Lyon 2 juin 2008) intitulé "Transmission du savoir-faire et professionnalisation des masseurs kinésithérapeutes". Il s'appuie en partie sur les enquêtes du CNKS. Les détours théoriques et les résultats de recherche viennent directement contribuer à la réflexion sur cette possible mutation.

### RÉSUMÉ...

La professionnalisation se poursuit tout au long de la vie professionnelle, par des transmissions de savoirs et de savoir-faire, en particulier entre pairs, favorisées par un travail en équipe pour les masseurs-kinésithérapeutes salariés. En s'appuyant sur un étayage théorique définissant les notions d'identité, de professionnalisation et de transmission des savoirs, l'analyse de deux enquêtes quantitatives et d'une enquête qualitative effectuées au sein du groupe des masseurs-kinésithérapeutes salariés a été faite. La première, régionale, mettait en évidence l'utilisation de techniques ne figurant pas dans le champ réglementaire codifiant la profession. La transmission de ce savoir-faire s'effectue entre pairs. La deuxième, nationale, avait montré que dans les activités déclarées ainsi que dans la représentation de celles-ci, les professionnels placent la formation en dernier lieu. Une troisième enquête a été effectuée dans la région auprès de huit masseurs kinésithérapeutes salariés... L'exploration des éléments fondant leur identité professionnelle a mis en avant la notion de responsabilité. Enfin le groupe professionnel possède toutes les caractéristiques lui permettant de prétendre à la définition d'une profession même si ses membres n'en ont pas tous pris encore la mesure.

### IDENTITÉ ET IDENTIFICATION

La problématique de l'identité est abordée dans de multiples champs disciplinaires ; elle constitue un grand champ de recherches en sciences humaines et sociales. Lévi-Strauss (1977) écrit que l'identité se situe non pas à un carrefour, mais à plusieurs. Elle intéresse toutes les disciplines et elle intéresse toutes les sociétés. Le mot identité recouvre à la fois une notion de similitude et de différenciation, de la singularité à l'altérité. La dynamique identitaire maintient le sujet dans son unité et sa continuité. Devant la multiplicité des définitions, toutes dépendantes du contexte théorique de référence, Mucchielli en 2000 propose une méta définition, s'appuyant sur le paradigme de Morin de la complexité. L'identité est un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue de leur monde

vécu, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs. L'identité au sens large, est d'abord un ensemble de caractéristiques qui permettent de définir expressément un objet ou un acteur. L'identification extérieure est la recherche de ces caractéristiques. L'identité est toujours en transformation puisque ses contextes de référence sont chacun en évolution du fait même des interactions. On parle d'un système de causalité circulaire. Elle est un processus permanent et dynamique. Elle est un produit des socialisations successives.

L'identité située d'un acteur social tient compte du fait que le phénomène identitaire s'inscrit toujours dans une expérience de l'existence. Un acteur social est parce qu'il agit à un moment donné, compte tenu de ce qui s'est passé avant dans une perspective à plus ou moins long terme de son action, en relation avec d'autres acteurs présents ou absents de la scène, avec qui une structure de relation préexiste ou émerge. Cet acteur est parce qu'il est en relation aussi avec des éléments pertinents de son contexte d'action qui lui fournissent des possibilités d'action et participent avec d'autres éléments de la situation à l'inscription de sa pensée en acte, dans un système d'indices physiques, culturels ou autres aidant cette pensée et le développement de sa stratégie d'action. Au moment considéré les "résultats" de ce système complexe d'activités observables, par exemple dans la structure des relations et les actions mises en œuvre, donnent un aperçu de l'identité située de l'acteur en question. Chaque acteur a plusieurs identités situées en même temps, compte tenu du fait qu'il peut s'inscrire dans une pluralité de situations potentielles dont certaines seulement sont actualisées au cours de son activité. L'identité située ne peut être saisie que par des flashes momentanés puisqu'en continuelle émergence, même si des structures stabilisées de réseaux peuvent être explicitées. Les référents psychosociaux de l'identité sont, toujours d'après Mucchielli (2000), sociaux (sexe, profession), liés au type d'activité liée aux attributs de valeur sociale : compétence, potentialités de devenir, systèmes des valeurs et des conduites spécifiques, potentialités propres, images identitaires venant des autres acteurs, groupes d'appartenance, symboles et signes extérieurs.

### L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

Elle est liée aux référents du Curriculum Vitae et aux activités professionnelles (Mucchielli, 2000). Elle est une forme particulière d'identité sociale, le groupe d'appartenance étant le groupe de travail. L'individu est confronté dans le cadre de son travail à de multiples situations d'interactions, cependant il a d'autres groupes d'appartenance.

Pour Sainsaulieu (1988), le concept d'identité recouvre ce champ de rapports humains où le sujet s'efforce d'opérer une synthèse entre les forces internes et les forces externes de son action, entre ce qu'il est pour lui et ce qu'il est pour les autres. Il décrit un modèle intégrant la constitution du sujet sur le double plan cognitif et affectif. Pour être reconnu, il faut arriver à ce que l'un oublie son propre désir de reconnaissance pour accepter de reconnaître celui de l'autre. Ce modèle permet une représentation dynamique complexe de la constitution du sujet au travers de ses relations. Une double dialectique parallèle dans l'ordre du désir et dans l'ordre de la raison constitue le sujet complet. La plénitude du sujet est directement associée à l'expérience conflictuelle de ses relations ; ce qui situe l'individualité non pas comme une entité de départ, sur laquelle se construit ensuite le monde social, mais bien comme le résultat du jeu des relations, socialement inscrite dans l'expérience de la lutte et du conflit. ...

### L'IDENTITÉ DE MÉTIER

Elle se distingue de l'identité professionnelle, par le fait qu'elle se réfère essentiellement à des savoir-faire et à des savoirs de spécialité. Elle nécessite l'auto confirmation régulière de son évolution, conçue comme la maîtrise progressive d'une spécialité toujours plus ou moins vécue comme un art et qui suppose des confirmations objectivées par un groupe professionnel, dont la légitimité repose sur des savoirs professionnels. (Dubar, 2002). Elle sous tend la notion de corporatisme et a permis de transmettre la culture de métier à travers les générations, culture qui, dans le monde de l'industrie a été remplacée par la culture d'entreprise"...

...à suivre dans le n° 12 , nov-déc 2008



## → Kinésithérapie salariée : attractivité et fidélisation, enjeux & perspectives

Ritournelle sur le terrain, émoi des directeurs et des collègues, problème évoqué lors de la commission Larcher, sujet de préoccupation affiché de la FHF et de la FEHAP, plusieurs fois énoncée dans nos colonnes, la "question de l'emploi salarié des kinésithérapeutes pose "questions" ! Le CNKS a décidé d'étudier ces questions, a créé un groupe de travail, a organisé un 1<sup>er</sup> forum le 5 septembre dernier. Constatant l'hétérogénéité de la "pénurie", aux facteurs aussi inattendus, paradoxaux, que variés le CNKS, pour cette étude, a pris le parti de travailler au-delà du constat : sur la prospective... c'est-à-dire de s'intéresser aux facteurs et mesures en faveur de l'attractivité et de la fidélisation. Kinéscope vous présente les grandes lignes de ces premières actions et de leurs suites.

### LE CONTEXTE

Le ministère en élisant le métier de kinésithérapeute au rang des 20 métiers sensibles de son étude prospective reconnaissait ainsi implicitement la crise latente ou déclarée au sein de ce mode d'exercice. Les appels à témoignage inscrits dans kinéscope ont provoqués quelques trop rares contributions, les unes alarmistes et catastrophées, quelques autres pleines d'espoir.

Le sujet fut une première fois présenté et débattu lors des JNKS Lille 2008 au cours desquelles fut annoncé le forum de rentrée.

### MÉTHODE DE LA PREMIÈRE PHASE D'ÉTUDE

Entre temps un groupe de pilotage a été constitué (\*) et réuni avec pour objectif en 3 réunions (avril, juin et juillet) de tenter de répondre à 3 questions : 1. Qu'est ce que l'attractivité ? 2. Y a-t-il un problème d'attractivité en masso-kinésithérapie ? 3. Quelles recommandations peut-on élaborer ?

Deux questionnaires, testés grandeur nature lors des JNKS de Lille, ont été diffusés en document joint au Kinéscope n° 10 de juillet 2008. Les tous premiers résultats ont été présentés lors du forum du 5 septembre 2008 qui a réuni 65 professionnels et au cours duquel, Eve Danna (CHU Lille), François Aimé (CH Quimper),

Philippe Savineau, (CH St Julien), Michel Adriaens, (CH Bagnols /Cèze) nous ont fait part de leurs réalités, inquiétudes, réussites... et où Lionel Croci, (CHU Nancy), tout jeune cadre nous a présenté le sujet de son mémoire : problématique de la kinésithérapie salariée et de "l'aide kinésithérapeute".

### L'ATTRACTIVITÉ ET LA FIDÉLISATION

Ne sont pas des états mais des constructions... Elles nécessitent du temps, des moyens, de l'énergie, de l'engagement... en bref un projet. Elles doivent être étudiées, analysées et évaluées. Pour cela il faut un **modèle**... C'est celui de G. Vernier qui a été utilisé par le groupe de travail. En ateliers animés par Valérie Lozano (institution et tutelles), Magali Faroult (IFMK), Pierre Henri Haller (encadrement) et Anne Pilotti (kinésithérapeute) puis en séance plénière, les premières propositions de recommandations du groupe de pilotage ont été débattues, amendées et complétées.

### PREMIERS RÉSULTATS PRÉSENTÉS AU 1<sup>ER</sup> FORUM

Les données sont croissables à l'infini avec le logiciel employé pour le traitement : l'exploitation sera longue et l'énoncé même de ces croisements mérite réflexion en fonction des recherches attendues.

La première exploitation "brute" des données a été rapportée telle que ci-après ; elle offre déjà, à défaut de conclusions stabilisées, quelques tendances.

Ces dernières seront confortées ou infléchies dans les semaines à venir sachant qu'au 20 septembre le nombre de questionnaires reçus est passé de **334** à plus de **500**.

### L'ATTRACTIVITÉ

Est attractif ce qui a la propriété d'attirer, qui présente un avantage, un attrait. En marketing c'est l'ensemble des caractéristiques ou attributs d'un produit qui lui donnent une certaine supériorité sur ses concurrents directs. Pour les hôpitaux il s'agit : d'attirer des activités nouvelles et d'attirer de la main d'œuvre. L'attractivité est étroitement liée à la fidélisation qui peut être définie comme "la capacité à construire une relation éthique fondée sur des intérêts et des valeurs partagées."

### Sur le sujet de l'attractivité

#### 334 questionnaires reçus à la veille du forum

Les répondants sont à **45%** des hommes et à **55%** des femmes. Ils ou elles sont kinésithérapeutes à **45%**, cadres à **51%**, et directeurs à **04%**. Les moins de **25 ans = 02%**, les **25 à 35 ans = 10%**, les **36 à 45 ans = 29%**,

# au cœur des Organisations

→ Eric Roussel & Yves Cottret

Sept-Oct 2008

les **46 / 55 ans = 48%** et les **plus de 55 ans = 11%**

Ils ou elles représentent 156 établissements : 27 Centres Hospitaliers Universitaires, 66 Centres Hospitaliers, 4 Etablissements Hospitaliers PSPH, 28 Centres de Rééducation Fonctionnelle PSPH, 7 Centres de Rééducation Fonctionnelle PBL, 1 Hôpital Privé, et 8 IFMK.

### Éléments de motivation, à l'exercice salarié, des répondants (60 questionnaires traités sur 334)

Il était demandé l'ancienneté du bac : inférieur à 5 ans = **00%**, de **5 à 15 ans = 10%**, de **16 à 30 ans = 44%** et supérieure à **30 ans = 46%**. De même la série d'origine du bac : **D = 55%**, **C ou S = 22%**, **L ou A = 18%**, **B ou ES = 05%**. L'entrée en IFMK pour nos premiers répondants : sur concours pour **92,8%** dont **17%** avec prépa, et via PCEM pour **7,2%**. Nos répondants ont leur DE depuis moins d'1 an = **00%**, entre **1 et 5 ans = 3,3%**, entre **6 et 15 ans = 11,7%**, entre **16 et 25 ans = 40%**, et enfin supérieur à **25 ans = 45%**.

Leur engagement dans le salariat après le DE est direct, immédiat pour **55%** d'entre eux ; il est intervenu dans les 1 à 5 ans pour **21,7%**. Dans des proportions moindres c'est entre 6 à 15 ans que **15%** des répondants déclarent avoir orienté leur exercice vers le salariat et au-delà de 15 ans ils ne sont plus que **8,3%**. A rapprocher des **55%** d'engagement : **48,3%** avaient le souhait d'exercer en salarié d'emblée.

Enfin une donnée à méditer, interrogés sur l'éventuel attrait supérieur du secteur privé ils répondent attrait **NON à 60%**.

A la question sur les 3 arguments **freins** au salariat le **saire** est l'élément vedette : il est cité dans 100% des cas (en 1<sup>re</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> position) mais à noter que cet élément est aussi cité comme avantage (revenu fixe) dans 20% des réponses aux 3 arguments favorables. Puis viennent en second la pesanteur de la **hiérarchie** et en troisième position à égalité la **rigidité** du système / et la **non reconnaissance** (sans que cette dernière locution soit explicitée).

A la question sur les 3 arguments **favorables** à l'engagement dans une carrière salariée, le critère star est le **travail en équipe** cité par 75% des répondants puis viennent **horaires** (stables, amplitude, conciliable avec la famille...) et en troisième position l'intérêt pour les types de pathologies et la technologie.

### AU 1<sup>ER</sup> FORUM

Bienvenue à Necker, c'est un plaisir d'accueillir le Collège National de la Kinésithérapie Salariée.

Le coordonateur général des soins, Eric Roussel, m'a demandé de faire une introduction sur le thème de l'attractivité. Il a pris un risque. Demander à un directeur des ressources humaines d'évoquer le thème de l'attractivité c'est s'exposer à subir un exposé théorique avec des concepts flous autour de notions telles que "l'identité employeur" ou l'attractivité prise sous un angle conceptuel. Au final, on risque de se retrouver avec un exposé ayant une faible valeur opérationnelle. On ne sait pas très bien à quoi cela va servir. C'est ce que certains appellent la "psycho bafouille" de quelques DRH.

### 1. Aussi, en introduction, je propose de vous raconter une histoire...

Elle se passe au campus d'une grande école de commerce, au stand de recrutement animé par une grande banque.

Tiennent le stand des ex diplômés de cette grande école qui ont entre 30 et 40 ans. Il y a plusieurs stands, la concurrence est dure pour attirer les meilleurs jeunes diplômés de cette grande école de commerce. Comme disent les professeurs en management et les sociologues, c'est "la guerre des talents" et il faut recruter les meilleurs.

A l'issue de cette belle journée, deux jeunes diplômés signent un contrat de travail dans cette grande banque.

Ils commencent par neuf mois de formation rémunérés, puis, ils prennent leur premier poste opérationnel. Au bout de trois mois, ils adressent une lettre au directeur des ressources humaines annonçant leur démission.

Le DRH les reçoit pour comprendre les motifs réels de départ : "pourquoi partez-vous ?" Réponse des deux jeunes diplômés : "votre maison est trop sérieuse. Le problème c'est qu'au self, on ne parle que travail. Or au stand de recrutement sur le campus de la grande école de commerce avaient été mis en avant certes la dimension internationale, les

(\*) Hervé Cochet, (Directeur d'IFMK pour déficients visuels) Yves Cottret (Président du cnks) Alain Doucet (Chef kinésithérapeute en CRF), Magali Faroult (Cadre de santé K en CH), Jean-Noël Fouré (Directeur de soins en CH), Laurence Josse (Cadre sup K en CHU), Pierre-Henri Haller (Cadre de santé K en CHU), Valérie Lozano (Directrice d'IFMK en CHU), Alain Mercier (Directeur de soins en CH), Frédérique Padel (Cadre de santé K en CH), Anne Pilotti (Kinésithérapeute en CHU), Eric Roussel (Directeur des soins en CHU), Anne Savinel (Directrice des soins en CH), Jean Signeyrole (Directeur d'IFMK)

## Sur le sujet des Valeurs

208 questionnaires reçus à la veille du forum ; sur 59 traités au jour du forum :

- Valeur profession : adaptabilité (21%), respect (16%), autonomie / responsabilité (12,3%)
- Valeur mk salarié : adaptabilité (19,6%), esprit d'équipe / responsabilité (14,33%), autonomie (8,9%)
- Valeur profession : responsabilité / compétence (10,7%), respect / esprit critique (8,9%)
- Valeur mk salarié : esprit d'équipe (20,4%), responsabilité / communication (13%)
- Valeur profession : compétence (16,4 %), responsabilité (12,7%), relation (10,9%)
- Valeur mk salarié : adaptabilité (17%), esprit d'équipe (15%), respect / compétence / écoute (13,2%)

*"On rejoint une entreprise, on quitte un manager..."*

(G. Verrier, in Sciences Humaines, sept 2008, p 52)

## Nombre de citations profession / mk salarié :

- Valeur profession : compétence (40), responsabilité (31), autonomie (30), respect (29)
- Valeur mk salarié : esprit d'équipe (45), compétence (39), adaptabilité (33), responsabilité (29)

## DISPOSITIF DE LA DEUXIÈME PHASE : ON COMPTE SUR VOUS !

Les propositions de recommandations issues du forum ont été soumises à l'analyse du conseil d'administration du CNKS dès le 6 septembre. Elles feront prochainement (et jusqu'en janvier) l'objet d'une diffusion sous forme de questionnaire auprès des kinésithérapeutes salariés aux fins de recueillir leur niveau d'approbation et d'intérêt à ces projets de recommandations. Un groupe expert sera réuni autour du groupe de pilotage pour "arrêter" les recommandations. Les résultats de ce "référendum" seront annexés au "livre blanc" qui sera finalisé au premier trimestre 2009, porté à la connaissance des autorités de tutelle, des pouvoirs publics nationaux et régionaux, et des organisations syndicales représentatives des salariés, et présenté aux JNKS d'Annecy... à suivre dans Kinoscope n°12, nov-déc.

possibilités d'évolution professionnelle mais également la convivialité professionnelle". Les jeunes diplômés disent : "Peut être que l'on reviendra plus tard mais pour l'instant nous souhaitons aller découvrir de nouveaux horizons professionnels".

Pour le directeur des ressources humaines de cette grande banque, c'est une vraie crise. Question : et si c'était vrai ? Et si ces jeunes diplômés avaient raison ? Alors, un groupe projet est mis en place au sein de la DRH avec un sondage auprès de l'encadrement. Réponse très majoritaire de l'encadrement, de l'ordre de 80% : "Oui, c'est vrai ce qui est dit. Le côté institutionnel, le sérieux est un handicap pour le développement de notre banque. Notre banque a besoin de recruter des profils diversifiés dans un monde mondialisé". En conséquence, cette banque, aujourd'hui, doit faire face à la nécessité de faire profondément évoluer sa culture d'entreprise et peut-être également ses valeurs fondatrices.

**2. Un hôpital c'est une communauté d'hommes et de femmes exerçant plus d'une centaine de métiers. C'est un contexte marqué par une démographie professionnelle défavorable et une forte mobilité des professionnels.**

Vous le savez, dans le domaine des services à la personne, il existe un lien direct entre la satisfaction du professionnel et la satisfaction du patient soigné. Une étude fin 2005, auprès de 17 000 personnes travaillant en entreprise en France, fait apparaître que seulement 25% des salariés disent avoir de l'attachement pour leur employeur. Il y a une baisse de 10% depuis 1997. Comment être attractif dans ces conditions ?

**3. Réfléchir sur l'attractivité de son métier est une formidable remise en question, c'est être capable de s'interroger sur : "Comment suis-je perçu par les autres ? Comment puis-je agir efficacement pour faire évoluer de façon positive cette perception ?"**

La démarche retenue par le Collège National de la Kinésithérapie Salariée est exemplaire, elle ouvre la voie pour les autres métiers. Je vous souhaite une très belle journée de travail et, je n'en doute pas, de convivialité professionnelle.

Sébastien Leloup, DRH Necker AP-HP

## → Le diplôme d'état de kinésithérapie : nouvelles modalités

À compter de Janvier 2008 un mouvement de refus d'encadrement des stagiaires s'est mis en place, complété par la suite par le refus de participer en tant que membre de jury aux épreuves du diplôme d'état. Ce mouvement a touché plus particulièrement certaines régions. Pour pallier à l'insuffisance du nombre de jurys susceptibles de participer aux épreuves, une modification notable des deux sessions annuelles du diplôme d'état de masso-kinésithérapie est intervenue, dans l'urgence, en Juin 2008.

### AVANT JUIN 2008 :

L'arrêté du 5 septembre 1989 modifié relatif aux études préparatoires et au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute prévoyait en termes d'épreuves devant jury, deux MSP (mise en situation professionnelle) et la soutenance de 15 minutes maximum d'un travail écrit relatif à l'étude d'un cas clinique.

Pour être reçus aux épreuves du diplôme d'état, les candidats devaient obtenir une moyenne de 60 points sur un total de 120 points, 80 pour les deux MSP, 20 points pour la soutenance, enfin 20 points de scolarité correspondant à la moyenne des notes obtenues aux douze modules de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année.

Les MSP avaient un poids certain pour la validation, représentant 2/3 de la note finale, contre 1/3 pour la scolarité et le travail écrit. La logique de ce texte était de valoriser la démonstration devant des pairs, "in vivo", d'un savoir-faire appliqué à une situation clinique particulière. Le texte réglementaire réservait le droit au jury d'éliminer définitivement de la session un candidat jugé défaillant, inefficace, ou dangereux. Notes de modules et du travail écrit venaient pondérer le résultat obtenu à ces épreuves pratiques, jouant le rôle de "contrôle

continu" pour corriger dans certains cas l'éventuel "pas de chance" ou autre... du candidat.

### LES NOUVELLES MODALITÉS :

Le décret 2008-517 du 2 juin 2008 relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, l'arrêté du 2 juin 2008 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, enfin la circulaire n° DHOS/P1/2008/166 du 21 mai 2008 relative à l'organisation des épreuves du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute apportent des changements notables dans l'organisation du diplôme d'état :

- la suppression des deux MSP,
- l'examen en vue de l'obtention du diplôme d'état consiste en la soutenance du travail écrit,
- la validation finale se fait par l'obtention de 60 points au moins, sur un total de 120 (60 points pour la scolarité et 60 points pour la soutenance du travail écrit).
- le principe d'une note éliminatoire est maintenu et s'applique au travail écrit : "toute note inférieure à 21 points à la soutenance du travail écrit est éliminatoire",
- la composition du jury de l'épreuve est modifiée : la présence du médecin est maintenue. Les deux autres membres sont kinésithérapeutes, cadres de santé ou non. La circulaire stipule l'obligation pour ces kinésithérapeutes d'être inscrits à l'Ordre des masseur-kinésithérapeutes.

### EN CONCLUSION

Le maintien du caractère national du diplôme et de l'égalité des chances sur l'ensemble du territoire ont prévalu dans la décision finale. Une seule épreuve avec jury, au lieu de trois, a permis l'organisation des épreuves selon des modalités identiques dans l'ensemble des régions.

### POUR AUTANT, CES MODIFICATIONS INTERROGENT :

La soutenance orale d'un travail écrit devient l'unique épreuve du diplôme d'état, épreuve dont le but est de certifier à la société civile la compétence du candidat,

## → Le diplôme d'état de kinésithérapie : nouvelles modalités (suite)

futur professionnel de santé. Pour la validation finale, son poids est identique à celui de la scolarité, comptant pour moitié.

Or les finalités et le niveau requis du travail écrit, support de l'épreuve finale unique, n'ont pas été redéfinis. Cette modification est intervenue en dehors de toute refonte du programme des études préparatoires au diplôme d'état qui, comme l'intitulé des textes réglementaires l'indique, doivent préparer le candidat à cette validation de fin d'études. À charge pour les instituts, de mettre en place l'accompagnement pédagogique adéquat. Enfin toute évaluation repose sur la définition de critère(s) d'évaluation, d'indicateurs pertinents et d'une

échelle permettant le jugement. Le non-encadrement de la possibilité d'éliminer un candidat par note éliminatoire pose problème.

La modification des modalités des épreuves du DE de juin 2008 a suscité bien des interrogations tant chez les professionnels de la formation que chez les étudiants. Sans revenir sur les raisons et le bien-fondé de ce remaniement de dernière minute, il semble opportun aujourd'hui de s'interroger sur les conséquences et sur l'adéquation de cette nouvelle formule pour en dégager d'éventuelles propositions dans un contexte de réforme. Regard sur l'avenir donc...

Hélène Bergeau, directrice d'IFMK

## → Penser, Ecrire, Présenter, Soutenir : du "PEPS" dans le Diplôme !

De façon circonstancielle mais aussi sous la pression de tendances lourdes, le DE de Masseur-Kinésithérapeute, vient, par le décret du 02/06/08, de se centrer sur une épreuve unique de soutenance d'un mémoire professionnel.

Cette modification, inscrite dans un mouvement global d'universitarisation des formations contient, pour les déficients visuels, les germes d'une nécessité de changement radical dans le rapport qu'ils entretiennent avec la "culture de l'écrit en formation". En effet, les personnes en situation de handicap d'origine visuelle, dans leur diversité de provenance scolaire et professionnelle, dans leur disparité d'adaptation aux nouveaux outils informatiques, présentent fréquemment des difficultés dans les processus de lecture, analyse d'un texte, réalisation d'un produit écrit, recherche bibliographique, autant d'activités hautement visuelles. Ces difficultés, au même titre que les déplacements, constituent le cœur du handicap visuel.

Ainsi, en s'éloignant de toutes situations cliniques, l'épreuve unique du nouveau DE de MK, place ces personnes dans des situations emblématiques de leurs difficultés, au détriment de leurs capacités de rééducateur, de thérapeute manuel où ils excellent depuis longtemps. Le paradoxe à affronter se résume en 2 propositions contradictoires :

- la profession de MK est la plus adaptée à la déficience visuelle et intègre remarquablement de nombreuses personnes dans le tissu socio-professionnel en France et dans le monde,

- le diplôme permettant d'y accéder s'appuie sur les dimensions les plus représentatives du handicap visuel devenant un obstacle majeur dans sa forme.

En résumé : une profession parfaitement adaptée, accessible par un diplôme fort peu adapté.

Pointons de façon lapidaire, les obstacles visuels marquant :

### \* l'écrit :

- collecter et lire les documents et articles en référence avec le cas clinique et la problématique envisagée,

- rechercher, organiser, exploiter au mieux une iconographie parlante,

- réaliser un "produit de littérature grise" compétitif non identifiable au milieu des autres étudiants (particulièrement en Ile-de-France, 600 mémoires environ).

### \* la soutenance :

- la phase de présentation peut nécessiter une aide humaine (manipulation de transparents, autres technologies),

- la phase de questionnement, finalement la plus importante règlementairement pour la certification car répondant à l'idée de "soutenance" à noter sur 60, ne pose pas de problèmes spécifiques.

# au cœur de la formation

→ Hélène Bergeau, Hervé Cochet & Jean-Luc Gerardi

Entendons-nous bien, deux idées sont ici "moteur de réflexions" :

1. constructeurs constants de notre profession depuis ses lointaines origines, les personnes aveugles et malvoyantes défendent un diplôme délivré sur des épreuves communes et identiques pour tous, aucune distinction ne doit être faite, ni pour eux, ni pour d'autres.

2. la dimension handicapante ici mise en lumière, touche la forme, la réalisation, les opérations nécessaires à mettre en œuvre dans le cadre de la production d'un mémoire, et non les capacités gestuelles, intellectuelles et relationnelles qui sont le "socle de notre profession".

Dorénavant, la formation initiale en MK poursuit encore plus clairement deux objectifs :

- apprendre à rééduquer, suppléer, prévenir, conseiller, surveiller, éduquer, réadapter, réinsérer, ré-entraîner, en tant que masseur-kinésithérapeute ;

- apprendre à lire, se référencer, écrire, parler, étudier, argumenter, problématiser, soutenir en tant que futur candidat au DE.

Et c'est la convergence de ces 2 lignées de processus (au minimum) qui "fabrique" un masseur-kinésithérapeute, encore plus aujourd'hui qu'hier.

Loin d'être un frein à cette évolution, les personnes déficientes visuelles vont, comme à chaque étape de notre histoire professionnelle, transformer les obstacles en ressources, et participer en tête à conquérir de nouveaux territoires pour notre profession. Mais, simplement, que chacun utilise sa capacité d'analyse de situation handicapante pour comprendre, évaluer de façon éclairée, et non se laisser prendre par des réactions premières face à la cécité. Nous sommes rééducateurs, au delà de la "forme", plaidons pour la qualité du "fond" !

Hervé Cochet, directeur d'IFMK, Président de l'UNAKAM



*"Derrière ce que je lis, il y a ce que tu écris...  
Derrière ce que tu écris, il y a ce que tu penses...  
Derrière ce que tu penses, il y a ce que tu es...  
Oserais-je imaginer y accéder, un jour, un peu ?"*

(Paroles de la sagesse égyptienne).

## → Et dans le cadre de la réingénierie du diplôme ?

Les épreuves du DE s'inscrivent dans un processus d'évaluation pour partie, au terme d'une formation professionnalisante dont la finalité est ici la certification. Il s'agit donc bien de porter un jugement de valeur sur le niveau de développement des compétences de l'étudiant, futur professionnel. Elle n'a qu'un intérêt social. Par son rôle de contrôle, elle se doit d'être la garantie d'un minimum de sécurité dans les soins dispensés aux personnes. La responsabilité est donc lourde au regard de la société civile.

La réflexion menée autour de cette question impose, de fait, de s'interroger sur le concept de compétences, puisque ce sont elles qu'il s'agit d'évaluer. Le concept de compétences reste encore aujourd'hui flou et incertain, malgré les essais multiples et variés de définitions. Il semble que les compétences ne se manifestent que dans l'activité réelle, donc en situation, essentiellement sous deux formes : la façon dont les personnes agissent et le résultat de leur action.

*"la compétence est un agencement et non un geste élémentaire ou une opération. Elle réside dans l'enchaînement, combinaison, réalisation d'une séquence. La compétence ne se réduit pas à réaliser une activité professionnelle mais elle est transposable à un ensemble de situations. Elle est une combinaison de plusieurs savoir-faire, savoir agir dans un contexte particulier guidé par une intentionnalité".* (LE BOTERF, 1998)

## → Et dans le cadre de la réingénierie du diplôme ? (suite)

Pour ZARIFIAN, 2001, la compétence est "une prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté ; une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente...".

La compétence semble donc être une combinaison de ressources variées, savoirs académiques, capacités cognitives, organisationnelles, relationnelles, sociales... pouvant être mises en œuvre au cours d'une situation singulière, puis transposable. Son développement relève d'un processus complexe qui ne se limite pas à la simple accumulation de connaissances puis à leur restitution. En résumé, on pourrait dire que la compétence pourrait se traduire par la capacité à mobiliser et à combiner savoirs, procédures et processus. L'autonomie du futur professionnel est ici questionnée.

La certification en vue de l'obtention du DE ne peut donc s'inscrire que dans le cadre d'un processus d'évaluation tout au long de la formation, et non seulement au terme de celle-ci. Elle pourrait s'organiser autour de

ces trois axes : les savoirs, les procédures et les processus. La formation étant organisée en alternance puisque professionnalisante, il semble cohérent que cette évaluation soit organisée tant au sein des Instituts que sur les lieux de stages cliniques. En supprimant ces MSP, en juin dernier, la capacité à mobiliser et à combiner les différents éléments constitutifs de la compétence n'a donc pas pu être évaluée en situation clinique. Il faut bien admettre qu'il y a là carence et qu'il est urgent d'y remédier. Pour autant les deux MSP, auparavant organisées en fin de cursus à l'occasion des épreuves du DE, ne présentaient pas non plus les meilleures conditions pour évaluer les étudiants : problèmes liés à l'organisation des épreuves (DRASS, Instituts, services hospitaliers), contexte stressant pour les étudiants... Sur la base de cette réflexion, il pourrait être envisagé une démarche de certification en deux temps :

1. évaluation continue tout au long de la formation à l'Institut et au cours des stages cliniques de modules ou UE.
2. après validation de ces modules ou UE, accès à l'épreuve du DE se résumant à la soutenance d'un mémoire de recherche professionnalisant.

Jean-luc Gerardi, directeur d'IFMK



Le schéma suivant, semblable aux modèles universitaires, pourrait être l'occasion d'un premier rapprochement.

Évaluations continues au cours du deuxième cycle		
A l'Institut		Au cours des stages cliniques
Evaluation des connaissances (fondamentaux et concepts de rééducation)	Evaluation des processus : capacité à mobiliser les procédures, transposition aux situations etc...	Evaluation des capacités techniques, cognitives, organisationnelles, relationnelles...
Restitutions écrites et/ou orales	Productions écrites et/ou orales	Mises en Situation Clinique dans tous les champs de la kinésithérapie au cours des différents stages
Validation modulaire (ou UE) conditionnant l'accès à l'épreuve de certification		Validation du module (ou UE) conditionnant l'accès à l'épreuve de certification
Epreuve du DE ( après validation de l'ensemble de modules ou UE)		
Objectif : évaluation de l'autonomie de l'étudiant : capacité à conceptualiser les situations, réflexivité...		
Soutenance d'un mémoire de recherche professionnalisant devant un jury comprenant le ou les directeurs de mémoire, à valider indépendamment des évaluations tout au long de la formation.		

Bibliographie : LE BOTERF, G. (1998), "Les types de qualité et les moments d'un processus de formation s'inscrivant dans un processus de production de compétences", dans : L'ingénierie des compétences, Éditions d'Organisation, Paris, p. 304-305...91 / ZARIFIAN, P. (2001), "Événement et sens donné au travail", dans Le travail, entre l'entreprise et la cité, G. Jeannot et P. Veltz (dir.), Éditions de l'Aube, Collection Société et Territoire, Cérisy, Paris, p.109-124.

# au cœur de la recherche

Jacques Bergeau & Anne Pilotti

## → Enquête par questionnaire : pour quoi ?

L'enquête par questionnaire consiste à collecter des réponses à une série de questions standardisées auprès d'un nombre assez important de personnes.

Un questionnaire est un **ensemble de questions** construit dans le but **d'obtenir l'information correspondant aux objectifs d'une étude**. L'information recueillie est utile pour évaluer ou changer une situation donnée<sup>1</sup>. Les personnes sur lesquelles porte l'enquête sont choisies selon différentes méthodes afin de constituer un **échantillon représentatif** de l'ensemble de la population auprès de laquelle on cherche des informations.

Les enquêtes par questionnaire peuvent servir de base aux études de cas, à l'observation socio-culturelle et au benchmarking.

Par rapport à une enquête par entretiens, **l'usage du questionnaire permet** :

- de travailler à grande échelle ;
- de s'adapter au rythme et à l'emploi du temps du participant ;
- de recueillir des éléments quantifiables, dont l'analyse statistique est facile et permet la compréhension des phénomènes observés ;
- de faire des études préliminaires à un travail de recherche plus poussé, ce qui permet de diminuer le temps consacré à la recherche ;
- d'explorer un domaine de recherche très vaste (études sociologiques, validations de techniques, mesure de l'effet d'un soin...).

Par contre, toujours par rapport à une enquête par entretiens, **le questionnaire ne permet pas** :

- les reformulations pour aider le participant à exprimer son point de vue ;
- de s'assurer que les questions seront renseignées correctement et sans oubli ;
- de savoir qui répond véritablement, et si la réponse est induite par la formulation de la question ;
- d'approfondir et de compléter les informations en plus des questions posées.

**Le questionnaire fermé** - forme précise de réponse imposée et nombre limité de choix de réponses - permet de quantifier les poids respectifs des opinions exprimées. Pour être statistiquement exploitable il doit être administré à un échantillon suffisamment important.

**L'utilisation de questions ouvertes** - réponse libre dans sa forme et dans sa longueur - peut présenter une alternative, lorsqu'une exploitation statistique des données collectées n'est pas indispensable. L'expérience montre que ce type de questions permet de collecter une information riche permettant de comprendre et d'analyser les réactions d'une population et de répondre ainsi aux besoins d'une évaluation.

Par opposition aux études interventionnelles, les enquêtes "par questionnaire" qui concernent la pratique clinique sont des études observationnelles.

Le caractère **observationnel** implique que la recherche se fasse sur dossiers de patients (observation pure) ou par questions posées (le fait de répondre n'étant pas considéré comme une intervention de type expérimental) et ne modifie pas le parcours prévu du patient.



Le questionnaire en mots :

- Observer sans intervenir = étude **observationnelle**
- Recueillir des informations pour décrire une situation (de soin, d'enseignement, de management...) = étude **descriptive**
- Vérifier une hypothèse (**objet**) : clinique (dépistage, traitement, pronostic, diagnostic...), pédagogique (programme d'enseignement, didactique...), économique (efficience...)
- Observer un phénomène à un temps donné (étude **transversale**) ou sur une durée choisie (étude **longitudinale**)
- Observer des sujets qui seront exposés à un risque ou à un facteur d'intervention (mesure **prospective**) ou des sujets ayant déjà vécu un évènement (mesure **rétrospective**)
- Interroger un seul centre (étude **monocentrique**) ou plusieurs (étude **multicentrique**)

Une enquête peut aider à **l'appréhension d'un outil par des professionnels de santé**, comme par exemple le dossier du patient en masso-kinésithérapie vu par les médecins<sup>3</sup>. Le questionnaire a été diffusé par voie de presse professionnelle, par les associations professionnelles et les sociétés savantes ainsi que par internet. L'enquête a été réalisée en France auprès de différents médecins.

164 questionnaires remplis ont été validés. Le questionnaire comprenait 3 parties. La première faite de questions fermées permettait d'identifier le profil des interlocuteurs ; la deuxième portait sur le contenu du dossier de kinésithérapie, sa composition et l'importance des différents critères selon les médecins ; enfin la dernière partie, composée de questions à choix multiples, demandait aux médecins de s'exprimer sur ce dossier en masso-kinésithérapie et son utilisation. Ce travail permet de mettre en lumière les attentes des médecins de différents secteurs et l'intérêt qu'ils portent à ce document de travail.

Une enquête peut aussi être utile pour **connaître les compétences attendues des kinésithérapeutes** du futur. Par exemple, une étude américaine a cherché à identifier les compétences administratives et managériales requises pour un "Doctor of Physical Therapy" en 2010<sup>4</sup>. Le questionnaire comprenait 121 de ces compétences à classer selon une échelle à sept niveaux. 435 questionnaires, renseignés par des kinésithérapeutes ont été analysés et les compétences regroupées en 16 catégories. Celles qui nécessiteront la plus grande indépendance sont l'auto-management, le respect des règles, un comportement éthique et le codage pour les assurances. Celles qui demanderont le plus d'assistance sont le marketing, la planification, l'analyse budgétaire et financière, ainsi que l'évaluation de l'environnement.

Le questionnaire : un outil à utiliser pour l'évaluation des pratiques professionnelles et qui a été utilisé par le CNKS pour les enquêtes concernant le métier, les pratiques professionnelles, et tout récemment les valeurs de la profession et l'attractivité du métier.

Références :  
"http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too\_qst\_def\_fr.htm  
Thow et al (2004). A United Kingdom survey of physiotherapists involvement in cardiac rehabilitation and their perceived skills and attributes. Physiother 90 ; 2 : 97-102  
Martel et al (2002). Le dossier du patient en masso-kinésithérapie ? Ce qu'en pensent les médecins. Kinésithér Rev 2 ; 2/3 :13-27  
Schafer et al (2007). Administration and Management Skills Needed by Physical Therapist Graduates in 2010 : A National Survey. Phys Ther 87 ; 3 : 261-281

## Cithéa Communication & Synergie Santé présentent la collection **SCOPES**

Industries & Fournisseurs de matériel de santé !  
**Cithéa Communication**  
éditeur de Kinéscope, Laboscope & Diétescope  
en partenariat avec: le CNKS, l'ANTAP & l'ADIF  
**est votre annonceur publicitaire**

Établissements de santé publics & privés !  
**Cithéa Communication**  
éditeur de Kinéscope, Laboscope & Diétescope  
en partenariat avec: le CNKS, l'ANTAP & l'ADIF  
**est votre annonceur d'emplois**

**Cithéa**  
LABORATOIRES

178, quai Louis Diérol - 75016 Paris  
Tél - 01 53 92 09 00 - Fax - 01 53 92 09 02

## "Risque et Prévention" : dossiers dédiés aux professions de santé.

Nouveaux textes régissant la profession, dossier faisant le point sur un sujet important afin de fournir les éléments de prévention appropriés, cas pratiques et analyse juridique : chacun de ces numéros fait un tour d'horizon des pratiques professionnelles. Les conseils ne s'arrêtent pas à la dispensation des soins, mais portent également sur les autres aspects juridiques de la vie professionnelle ou privée, gérés par le service Protection Juridique de la MACSF.

### Collection éditée par le Sou Médical Groupe MACSF

- parus en 2007 : infirmiers, aides soignants, **rééducateurs**
- vient de paraître en 2008 : n° spécial **médicotechniques**

**Obtenez gratuitement** ces numéros auprès de votre délégation MACSF ou commandez les sur le site dédié :  
<http://www.laparoleauxhospitaliers.macsf.fr/formulaire-de-commande.html>

## Pratiques professionnelles en gérontologie : émergence et évolution

→ Pierre-Henri Haller & Magali Faroult



Le grand âge est un enjeu de société. La population vieillit, les kinésithérapeutes aussi. Les pratiques professionnelles et les praticiens sont en constante ré-adaptation : intrication des pathologies, évolution avec le temps. Face à la fragilité bio-psycho-juridico-sociale des personnes âgées le kinésithérapeute doit prendre en compte l'état de dépendance et estimer la juste autonomie, prendre le temps et prioriser le projet du bénéficiaire. Le kinésithérapeute doit éviter la routine d'un "patient objet" et privilégier en permanence l'humanité d'un "patient sujet" et acteur de sa vie.

Cet accompagnement des personnes âgées nécessite de coordonner les indispensables regards pluriels et d'assurer relais inter-professionnels mais aussi de re-donner leur place aux aidants. Les formations initiales et continues doivent évoluer dans ce domaine de la gérontologie où la nécessaire diversité des métiers, aux activités très diversifiées et aux multiples compétences en devenir, conduit à une coordination exemplaire et à une connaissance et reconnaissance des territoires de chacun et de territoires communs. C'est en partant de ces constats que nous avons sollicité les témoignages de plusieurs

kinésithérapeutes engagés dans des situations de soins, de coordination et de formation initiale et continue en gérontologie. Cette dernière va au-delà de la discipline médicale de gériatrie : au-delà du parcours de soins il y a le parcours de vie, au-delà de la personne âgée il y a la famille, au-delà de la santé il y a le social. La gérontologie est désormais un réel enjeu de société, un réel enjeu de santé publique ; elle est l'objet de regards et de démarches multiples ; elle fait l'objet de nombreuses réflexions et publications et génère ainsi une profonde adaptation des pratiques professionnelles des acteurs de santé. C'est pourquoi le premier sujet de cette nouvelle rubrique, praticoscope, se propose d'évoquer ces pratiques en évolution en termes de modèles et de concepts, d'activités et d'actes, de missions et de fonctions.

"Ce qui frappe, dans le grand âge, c'est la nécessité d'une prise en compte globalisante voire totalisante" souligne Claude Lepresle<sup>1</sup>. "La personne âgée nous oblige à avoir un regard pluriel, composite, qui dépasse le mouvement". D'après lui, si le kinésithérapeute s'intéresse à l'origine au mouvement perturbé, le kinésithérapeute ne doit pas oublier d'être rééducateur. En effet, ce n'est plus un mouvement perturbé que le kinésithérapeute doit récupérer, en faisant revenir comme avant.

Camille Petit<sup>2</sup>, observe le(s) regard(s) de la société emprunt(s) de peur(s) d'une "perte d'autonomie",

du vieillissement du corps et de mort. Pour cela la fin de vie et les soins palliatifs nous apprennent beaucoup : accompagner, plutôt que faire marcher.

**"Ce qui frappe, dans le grand âge, c'est la nécessité d'une prise en compte globalisante voire totalisante"**

S'intéresser à la personne âgée, c'est observer ses fragilités - sensorielles, cognitives, fonctionnelles, psychiques, familiales, sociales, juridiques... - ses ressources disponibles. C'est aussi apprécier la graduation dans la dépendance, qui sous-tend une démarche toute différente : non plus de se centrer sur les seules incapacités mais aussi sur les capacités - véritables leviers de rééducation, de potentiels à... solliciter. C'est une autre approche de soin fondée, non plus seulement de manutention (déplacement) mais, sur une démarche d'activation. Il s'agit alors de chercher les ressources disponibles, d'évaluer,

d'anticiper, de choisir, de décider, de se positionner dans les choix thérapeutiques et de s'inscrire dans une réelle démarche de problématisation, de diagnostic kinésithérapique : il faut penser et raisonner cliniquement.

Bénédicte Dengremont<sup>3</sup>, rappelle que la dépendance est liée à la perte d'autonomie, une désadaptation effective qui s'inscrit dans la classification de Wood. La dépendance est une déficience en désadaptation avec l'environnement. Ce qui implique une charge en soins requis en augmentation (PRN, SIIPS). Ces classifications sont indispensables mais tous s'entendent pour aller plus loin. Ainsi, C. Lepresle estime qu'il faudrait éviter de parler de dépendance. La dépendance serait comme une photo immobile qui fige le temps. Un état des lieux ne peut donner lieu qu'à un programme. Si l'on parle de projet, en aucun cas ce ne peut être qu'un état des lieux figé ; le projet c'est de l'envie, du mouvement, de la puissance en actes. La dépendance dénote de la contrainte avec laquelle la personne se doit de cohabiter pour mieux pouvoir penser ses possibilités, ses potentialités. L'autonomie est bien la gestion des dépendances en situation de projets !

C. Petit ajoute que la vie de la personne est un projet. Il s'agit de passer d'un travail par tâches à un travail par objectifs et activités. C'est un profond changement de culture professionnelle qu'il faut souvent faire accompagner par des consultants : apprendre au sein du

projet institutionnel, à faire émerger un projet de vie pour la communauté, des projets de vie individualisés, pour retrouver le sens du soin. Selon B. Dengremont, la dépendance modifie les objectifs et les moyens, donc demande une technicité gérontologique, comme l'activation de la personne âgée (GAPA), le concept d'humanité et spécifiquement pour les déments, la validation.

"Les cas classiques ne restent plus à l'hôpital. Il ne reste que les situations complexes, celles qui posent problème", rappelle C. Petit. L'identification précoce de cette complexité relève d'une indispensable évaluation - orientation, donc du parcours de soins. Pour elle, il faut alterner entre polyvalence / expertise, projet - projection vers - et retrouver l'abord de la personne comme sujet. Or, trop souvent la dépendance c'est regarder l'autre comme objet.

Pour C. Petit, cette complexité questionne nos valeurs : "un jour avec France Maurey, nous avons vu deux grands gaillards étudiants en kinésithérapie, qui faisaient marcher une vieille dame toute frêle... et en regardant de plus près... ses pieds ne touchaient pas le sol !". Ailleurs, un autre étudiant rapporte qu'on lui donne une liste de patients à lever, faire marcher, faire cracher et qu'il doit aller vite ! Certains ne veulent pas ! "de quel droit je dois forcer cette personne à faire cela ?". L'approche de la personne âgée nous conduit à revisiter un regard sur la vie, de la naissance à la mort ; jusqu'à provoquer de



l'émerveillement. C'est le terrain qui nous questionne : s'intéresser à l'homme et développer une humanité.

Cette éthique et cette humanité sont les conditions, selon B. Dengremont, de la bienveillance par le kinésithérapeute, le chef de service et l'équipe. "Nous, les soignants, avons des résistances à ce type d'accompagnement, expression d'une certaine impuissance à guérir", reconnaît C. Petit qui poursuit "Nous avons à nous regarder dans le miroir pour faire tomber cette évidence. Un vrai travail sur soi-même". Tous s'entendent sur une indispensable collaboration interprofessionnelle, dans l'évaluation, les soins et dans la formation. "La personne âgée nécessite plusieurs regards, plusieurs points de vue, qui se croisent dans l'évaluation et les soins".

1. Claude Lepresle, kinésithérapeute, CDS K et directeur d'un centre de formation ville-hôpital gérontologique (Ile de France)  
2. Camille Petit, kinésithérapeute, CSK, assistante de pôle gérontologie d'un CH (Rhône-Alpes),

3. Bénédicte Dengremont, kinésithérapeute, CDS K, CH gériatrique de CHU, formatrice IFMK (Nord Pas de calais)

## Pratiques professionnelles en gérontologie : émergence et évolution

→ Pierre-Henri Haller & Magali Faroult



C. Petit considère qu'il nous faut garder la tension et l'attention dans nos échanges interprofessionnels, garder nos identités, ne pas uniformiser les pratiques soignantes diverses... dans le respect et dans cette altérité dont le patient a besoin : l'aide et le maternage de l'IDE, le côté paternel et directif du MK. Les cadres et les équipes doivent en être conscients pour susciter ces espaces. C. Petit rappelle qu'il faut concevoir des espaces de dialogue et de soutien.

Apprendre en équipe à se connaître et sortir des allants de soi. Une IDE lui dit un jour dans un couloir "c'est facile le métier de kiné !" en voyant un kiné, sifflotant, les mains dans les poches, marchant à côté d'un patient". Et elle d'expliquer "qu'il faut des années pour savoir quand siffloter et lâcher prise sur le patient pour qu'il apprenne à faire sans son kiné". L'analyse et la connaissance croisée de nos pratiques peuvent trouver et donner du sens à nos activités.

Au delà de l'équipe de soin, pour permettre à l'autre, aux autres de prendre part à... il ne faut pas oublier la famille, l'entourage, les aidants dans ce "processus inter".

C. Petit parle de "réinsérer" la famille. En Europe, pour des questions de professionnalisation du soin, et de peur de la maladie et de la mort, la famille est exclue, voire culpabilisée. Alors proposons à ces aidants dits naturels d'être là : le MK peut solliciter la famille pour aider à marcher. La famille se rend, se sent utile, devient partie prenante,

co-auteur, promoteur de santé. Pour C. Lepresle, on forme en se rebellant, en travaillant par, et sur, le projet, trait d'union entre capacité de la personne et accompagnement

**Au delà de l'équipe de soin, pour permettre à l'autre, aux autres de prendre part à... il ne faut pas oublier la famille, l'entourage, les aidants dans ce "processus inter".**

du professionnel. Le regard gérontologique se développe par des formations où plusieurs professions se rencontrent, s'affrontent et confrontent leurs visions de la personne âgée.

Se voir pour se connaître. Se connaître pour se re-connaître. Une réflexion continue passe par l'enseignement, par une réflexion psychologique, éthique des questions posées aux personnes formées

en termes de représentations, intentions, valeurs.

A propos de la formation initiale, B. Dengremont observe que la personne âgée n'est pas tellement abordée, même si dans le sujet de la relation au corps on peut s'y intéresser. Le module gériatrie aborde essentiellement les maladies métaboliques, cardiaques et un peu le processus d'équilibration par la chute ! Elle conseille les formations Gineste-Marescotti (Humanitude), Naomi Feil (Validation), Geste et activation de la personne âgée, la méthode de Feldenkreis pour la chute.

Questionner les comportements, ramène inéluctablement à la formation initiale. Véritables allers-retours à penser, organiser, entretenir entre l'évolution des pratiques, des contextes, de la société et les lieux de formation. S'approprier toutes ces notions nécessaires (évaluation – projet – éducation – prévention – information – communication – négociation – relais – référentiels...) à toutes démarches de soins pour nourrir une démarche pertinente ne se décrète pas. Cette connaissance et cette appropriation doivent prendre racine dans les instituts de formation et dans les établissements de soins dans le cadre de réels parcours d'apprentissages ; elles doivent pouvoir s'y décliner en savoirs, en savoir-faire et savoir être ; elles doivent pouvoir s'y découvrir en terme de territoires d'activité ; elles doivent pouvoir y être expérimentées en terme de compétences en devenir.

B. Dengremont et C. Petit observent que les kinésithérapeutes de gérontologie développent de nouvelles missions "riches et passionnantes" : évaluer / orienter – conseiller et aider les aidants – prévenir – accompagner – prescrire – éduquer – coordonner – organiser – former en intra et inter professionnel...

C'est beaucoup plus que la technique car la complexité de la personne âgée l'impose. L'activation n'est plus exclusivement une approche spécifique gériatrique, c'est une autre, une nouvelle porte d'entrée sur le "peu" que la personne puisse faire quelle que soit sa situation de handicap ou de dépendance.

Il s'agit de permettre de faire, de mettre les conditions de communication, d'échange, matérielles adaptées...

Il s'agit d'inviter à... de susciter... il s'agit de ne pas faire à la place de...mais pour...

Il faut au professionnel humilité, incertitude, lâcher prise, doute dans l'approche.

Il faut savoir parfois poser ses propres limites et avoir recours à d'autres professionnels !

Il faut entretenir et non plus récupérer ici et là, accompagner, reconforter... écouter...

Un pari risqué au prix d'un effort colossal de patience...

C'est un véritable changement de regard, une démarche qui nécessite de l'énergie... Il faut y croire.

Pour conclure cette première visite, ce premier regard sur des pratiques professionnelles en mutation, C. Lepresle nous livre que "Sur Paris, les MK sont très peu intéressés par le travail en réseau.

Le travail en réseau est demandé par des gens qui ont besoin de travailler ensemble et qui n'ont pas de certitudes. Mais les agendas des MK sont complètement remplis... Alors, puisque les patients sont là, c'est que les choses doivent être bien faites, il n'y a pas de souci à se faire, donc pas de remise en question ! Dans les Cévennes, j'ai vu des kinés faire marcher les vieux ; mais faut-il être MK pour faire marcher ? Avec un aide, le MK pourrait aider le malade à se projeter dans une nouvelle vie, avec une approche moins techniciste. Pour moi cela a été une prise de conscience tardive que j'étais kiné, et je le revendique, mais aussi rééducateur. Le MK est pressé, le vieux a besoin de prendre son temps et voit le temps différemment. Le temps, c'est aussi le lien avec le projet".



Suite à cet article, votre réaction, votre témoignage, par mail : [cnks@wanadoo.fr](mailto:cnks@wanadoo.fr)

# UN NOUVEL HÔPITAL

se construit



Le Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse-Bonneville  
En Haute-Savoie au cœur des Alpes et à proximité du lac Léman  
410 lits couvrant toutes les disciplines médicales.

## Recrute MASSEURS KINESITHERAPEUTES D.E

(Postes vacants + remplacements)

Postes à pourvoir immédiatement,  
horaires continus, 37h30, 15 RTT

Reprise ancienneté

Pour tout renseignement, contacter M. LIARD, Directeur des Soins  
ou Monsieur DUCHENE Didier, Cadre Supérieur de santé : 04 50 87 40 49

CV et lettre de motivation : Centre Hospitalier Intercommunal  
Direction des soins - BP 525 - 74107 Annemasse Cédex



ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ  
NATIONAL DE FRESNES

1 Allée des Thuyas  
94832 Fresnes cedex

Recrute  
**1 KINESITHERAPEUTE CDD**  
avec possibilité de mise en stage  
Pour le service de Médecine Physique  
et de Réadaptation  
Équipe pluridisciplinaire et dynamique

Contacteur : Dr ARRADA  
amar.arrada@epsnf.fr  
tél. : 01.49.84.71.17  
Postes 71.42 et 60.03

Adresser candidature à Monsieur le Directeur

# RECIPRO

Santé

Centre de Médecine Physique et de Réadaptation  
Pôle de Référence en Europe à orientation  
Traumato-Orthopédique recherche

## UN KINESITHERAPEUTE (H ou F)

Temps Plein - Salarié(e)

- ↳ Plateau technique de pointe
- ↳ Conditions financières attrayantes
- ↳ Possibilité d'hébergement
- ↳ Horaires aménagés

Poste situé dans le VAL DE MARNE (94)  
à proximité de Paris

Contact : Fabienne Mautuit - Consultante Santé

## RECIPRO Santé

3 avenue Franklin D. Roosevelt - 75008 PARIS  
fmrecipro@orange.fr - ☎ 01 44 95 71 44  
www.reciprosante.com

CITHÉA COMMUNICATION REMERCIE  
TOUTES LES PERSONNES QUI ONT  
CONTRIBUÉ À LA RÉALISATION DE CET  
OUVRAGE, SANS LESQUELLES IL  
N'AURAIT PU VOIR LE JOUR.

Vous souhaitez vous faire connaître...  
... ou vous faire reconnaître, dans  
le domaine de la Santé, ou  
dans d'autres domaines.



## EDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE :

CITHÉA COMMUNICATION  
178, QUAI LOUIS BLÉRIOT - 75016 PARIS  
TÉL. 01 53 92 09 00  
FAX : 01 53 92 09 02  
CITHEA@WANADOO.FR

CRP de SIOUVILLE (P) Centre de Rééducation en Milieu Ambien,  
spécialité en orthopédie, massothérapie, physiothérapie et ostéopathie

Recrute KINESITHERAPEUTE en CDI dès que possible,  
possibilité logement en studio.

Contactez BRH 02 33 87 44 00  
rheumatologie@brh.com  
www.brh.com



## CLINIQUE DE PIERREFITTE

Recrutement : CDI ou CDD - codckine.culm@wanadoo.fr

Suite à son ouverture, la clinique Pierrefitte située dans un secteur privilégié et calme à 17 ans en RFR de la Gare du Nord : Recherche des kinésithérapeutes pour son service de rééducation (polyvalent) et de bobinothérapie.

Près 35h de lundi au vendredi, à partir de 8h.  
Contactez M<sup>me</sup> Collet - 01 49 98 99 00

nouveau partenaire  
des JNKS 2009



Banque et populaire à la fois.  
www.alpes.banquepopulaire.fr

Le Centre Hospitalier Sainte-Anne  
Établissement de référence en  
Neurosciences et Santé mentale

RECRUTE H/F

## MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES D.E

Pour travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire

En Psychiatrie adulte, en Neurosciences et pour  
l'ouverture d'un service de Médecine Physique et de  
Réadaptation accueillant des patients cérébrolésés.

Possibilité de suivre ou de participer à des actions  
de formations continues et de s'impliquer dans des projets  
de recherche sur l'hôpital si compétences spécifiques et  
appétence pour ces activités.

Possibilités de titularisation ou de CDI temps partiel

### Contacteur :

Adressez votre candidature : Jean-Pierre BLETON  
Cadre Supérieur de Santé et Rééducation

Direction des Soins - Centre Hospitalier Sainte-Anne  
1, Rue Cabanis 75014 Paris -  
Tél. 01 45 65 85 75 - 01 45 65 76 80  
j.p.bleton@ch-sainte-anne.fr

PHYSIOtherapie  
Hi-Tech Medical.com

La nouvelle Plate-Forme  
d'achat des Kinés  
tél. 04 67 31 10 16



- Livraison express
- Conseils clients
- Facilités de paiements
- Programmes fidélité
- SAV performant
- Tous les câbles & batteries

• info@physiotherapie.com  
WWW.PHYSIOTHERAPIE.COM

- Electrothérapie
- Ultrasonothérapie
- Magnétothérapie
- Cryothérapie
- Laserthérapie
- Vibrothérapie
- Gels & Crèmes de soins

## Un kinésithérapeute condamné suite à une infection nosocomiale

→ Germain Decroix



Les dossiers d'infections nosocomiales ne devraient pas donner lieu à un contentieux important en raison des mécanismes favorables aux victimes mis en place. Ce risque est désormais considéré comme socialement inacceptable si bien que tant la jurisprudence que la réglementation ont facilité l'accès des victimes à l'indemnisation.

### Les faits

Patiente de 56 ans, en légère surcharge pondérale, antécédents chirurgicaux complexes et nombreux dont une ligamentoplastie sur rupture du ligament croisé antéro-externe du genou en 1969, bilan radiologique et consultation chirurgicale début 1998, pose d'une prothèse de genou dès février, trois redons sont mis en place, le protocole de rééducation précoce prévoit un arthromoteur.

A J+1 en **mettant en place l'arthromoteur le kinésithérapeute va malencontreusement tirer sur l'un des trois redons** ; à J+12 : épanchement sans fièvre ; à J+17 : patiente réopérée sous fébricule à 38°, nouvelle rééducation par arthromoteur, à J+20 retour à domicile. Le 25 février ré-hospitalisée avec fièvre à 40°, douleurs extrêmes, collection purulente nécessitant une autre reprise chirurgicale : la bactériologie met en évidence un staphylocoque doré.

Avril 1998 : cicatrisation "non acquise", flexion à 60°. Une fistulisation cicatricielle conduit à une 4<sup>ème</sup> intervention en octobre 1998 (dépose prothétique...). Décembre 1998 : nouvelle prothèse totale avec une bactériologie réalisés per-opératoire négative. En consultation post-op le bilan radioclinique : extension à 0°, flexion 60° biologie normalisée.

### L'expertise

Suite à ces complications, la patiente assigne en référé début 2000 le chirurgien, le **kinésithérapeute** et l'établissement. Fin mars un expert doit se prononcer sur les choix thérapeutiques, la qualité des soins délivrés et l'origine de l'infection. Le rapport d'expertise en juillet 2000, montre la complexité de l'état antérieur et la difficulté de la situation post opératoire. L'expert valide l'indication de prothèse, ne formule aucune critique sur l'intervention et explique ensuite à la fois la nécessité de procéder à une rééducation la plus précoce possible et le risque de la mise en place d'un arthromoteur en présence des redons. Pour lui, le résultat dépendant de la précocité de la rééducation, l'arthromoteur à J+1 était légitime. L'expert qualifie le dessertissage du redon de maladresse mais en précisant que *"cette maladresse ne peut être incriminée de façon directe exclusive et certaine avec la survenue de l'hématome"*. Sur le préjudice, l'expert retient une consolidation au 14 juin 2000, une IPP liée aux complications de 8%, un pretium doloris de 4/7,

un préjudice esthétique de 1/7 et des réserves pour l'avenir, la guérison complète d'une infection sur prothèse n'étant jamais certaine.

### Les jugements

La patiente reproche principalement au chirurgien une erreur d'indication en faveur d'une intervention à risque sur un genou déjà multi opéré, au kinésithérapeute sa maladresse ayant provoqué le dessertissage puis l'inefficacité d'un des trois redons et à l'établissement la survenue d'une infection postérieurement à l'intervention, sans rapport avec son état initial. Dans un **jugement** du 14 mai 2002, le tribunal de grande instance, après avoir rappelé la présomption de responsabilité pesant sur les établissements de santé et les médecins, va rechercher tout de même si les défendeurs ont ou non commis une faute susceptible d'engager leur responsabilité. Les magistrats ont quand même rappelé qu'il appartient au patient de démontrer l'existence d'un lien de causalité entre l'intervention et l'infection. Dans cette logique, le tribunal ne retrouve aucune faute contre le chirurgien, l'expert n'évoquant aucune faute d'asepsie ni même une infection nosocomiale. Le choix de la pose de redons étant validé par l'expert et la possibilité d'une infection endogène sans relation directe exclusive et certaine avec l'intervention n'étant pas exclue, les magistrats n'ont retenu aucune responsabilité à l'encontre du chirurgien. Il en a été de même pour le kinésithérapeute, le rejet de la demande formulée à son



encontre étant essentiellement basé sur l'absence de certitude sur le lien entre sa maladresse et le dommage, les magistrats remarquant par ailleurs que la mise en culture des premiers redons a été négative et que ce n'est que celle des deuxièmes, soit 3 semaines après la mise en place de l'arthromoteur, qui a été positive au staphylocoque doré. Enfin, pour l'établissement, le tribunal se base uniquement sur l'absence de démonstration du caractère nosocomial de l'infection pour exclure sa responsabilité. La patiente a été déboutée de ses demandes et a fait appel de ce jugement. Devant la **Cour d'appel** elle a prétendu, comme en première instance, que comme l'infection s'était propagée à partir du redon arraché, il y avait un lien avec le choix de la pose de redons qui est discutable et que, de toutes façons, le praticien et l'établissement sont tenus, en matière d'infection nosocomiale, d'une obligation de sécurité de résultat dont ils ne

peuvent se dégager qu'en apportant la preuve de la survenue d'une cause étrangère, ce qu'ils ne font pas. Sur le caractère nosocomial, elle affirme que comme aucune autre cause de l'infection ne peut être retrouvée, elle est forcément nosocomiale et qu'il y existe **un lien avec le redon arraché et donc la maladresse du kinésithérapeute**. La défense du kinésithérapeute intervient sur les mêmes bases qu'en première instance, celui-ci insistant sur la négativité de la culture des premiers redons. Dans son arrêt du 26 janvier 2004, la Cour d'appel rappelle que comme l'intervention remonte à février 1998, les lois des 4 mars et 30 décembre 2002 ne sont pas applicables. C'est donc le droit positif précédent qui devra trouver application. Il s'agit d'une obligation de sécurité de résultat pesant sur l'établissement et l'opérateur. La Cour rappelle donc logiquement qu'il est inutile pour les défendeurs de tenter de démontrer qu'ils n'ont pas commis de faute puisque celle-ci ne constitue pas la base de leur responsabilité. Sur la définition de l'infection nosocomiale, la Cour reprend ce qu'elle qualifie de "communément admis" : absence de signe à l'admission, apparition au cours ou à la suite de l'hospitalisation, délai de 30 jours pour les infections du site opératoire, voire de un an en cas de pose de prothèse. Pour le cas jugé, la date de l'infection a été établie aux alentours du 13 février pour une intervention le 3 février. La Cour en déduit *"Il s'agit donc bien d'une infection apparue au*

*cours de la période d'hospitalisation et consécutive à l'intervention chirurgicale, dont l'appelante a été l'objet le 3 février, le lien entre cette intervention, les soins qui l'ont suivie et l'infection en cause ne pouvant être sérieusement discuté, cette dernière étant apparue dans les suites immédiates de l'intervention et son siège se situant à l'endroit même où le geste chirurgical a été effectué"*. La Cour a donc statué sur de simples arguments de logique chronologique et géographique... Après avoir qualifié l'infection de nosocomiale elle a donc décidé que la responsabilité de l'établissement et des deux professionnels de santé était engagée de plein droit ; c'est à notre connaissance une première pour un **kinésithérapeute**, cette responsabilité de plein droit étant habituellement limitée aux seuls opérateurs en cas d'infection du site opératoire. **L'établissement, le chirurgien et le kinésithérapeute** ont été déclarés responsables in solidum de l'intégralité du dommage subi avec, en pratique, une répartition par tiers entre les assureurs respectifs (4500 € d'ITT, 6400 € d'IPP, 7625 € de pretium doloris et 1830 € de préjudice esthétique).

### EPILOGUE :

**Les condamnations ont été confirmées par la cour de cassation dans un arrêt du 18 octobre 2005**

Pré-programme  
**XIII<sup>e</sup> JNKS ANNECY 2009**  
 du jeudi 26 mars au samedi 28 mars

- Territoires : concept et contexte
- Territoires et pratiques professionnelles
  - Territoires et pratiques émergentes
  - Territoires et coopérations
- Territoires et évolution professionnelle



**TERRITOIRE DE SANTE & KINESITHERAPIE**

*Nos terres, nos champs et nos cultures*

Programme et bulletin d'inscription à paraître avec Kinéscope n°12 Nov/déc  
 ou sur demande par mail : [cnks@wanadoo.fr](mailto:cnks@wanadoo.fr) (à compter du 10 novembre 2008)

**REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES INSTITUTIONNELS DE KINESCOPE & DES JNKS**



P. Verdillon, Ph. Savineau, C. Petit

Sarah Vidal, secrétariat

**JNKS JOURNEES NATIONALES DE LA KINESITHERAPIE SALARIEE**  
 Session de formation continue organisée par le CNKS / Organisme de formation continue



**Vous êtes Kinésithérapeute**  
**Vous êtes cadre de santé Kinésithérapeute**  
**Vous avez réalisé un bilan de compétences**

**et vous souhaitez ré-orienter votre activité ?**  
**et vous souhaitez faire évoluer votre carrière ?**

A l'initiative de l'ARH Ile de France, la Cellule d'Information et d'Orientation des personnels paramédicaux vous conseille, vous accompagne dans vos recherches et vos démarches.



**Notre métier : vous informer, vous orienter\***



**CIO Paramédical (soin, rééducation et médicotextechnique)**  
 CH Sainte Anne - 1, rue Cabanis 75014 Paris  
 Tél. : 01 45 81 63 56 Mail : [cioparamedical@orange.fr](mailto:cioparamedical@orange.fr)



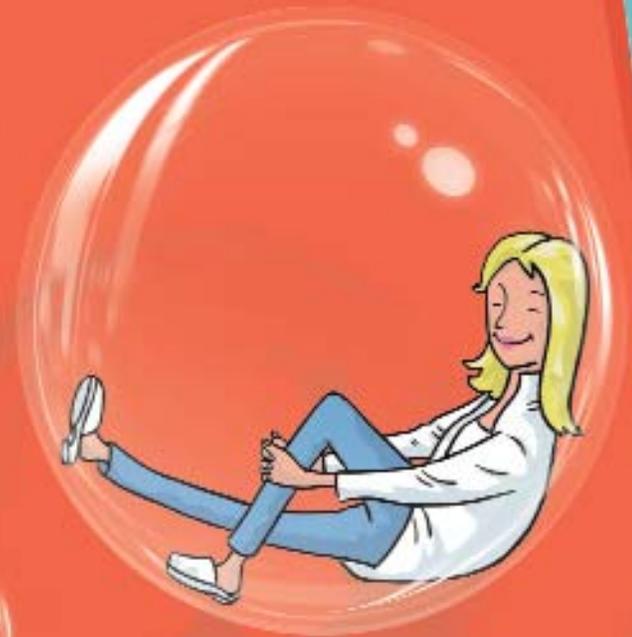
COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ



Les Offres que j'

3 MOIS  
DE COTISATIONS  
OFFERTS\*

\* Pour tous les professionnels adhérents à la date de publication de l'offre. Les cotisations sont offertes pendant 3 mois à compter de la date de souscription de l'assurance. Les cotisations sont offertes pendant 3 mois à compter de la date de souscription de l'assurance.



**Vous vous consacrez  
à la santé des autres.  
Nous nous consacrons à la vôtre.**

Bénéficier du tiers payant généralisé (soins externes hospitaliers compris) et de remboursements élevés pour les soins coûteux en optique, dentaire et hospitalisation. Et pour veiller sur votre capital santé au quotidien, un programme de coaching nutrition, stress et sevrage tabagique offert.

Pour contacter votre Mutuelle d'Assurances des Professionnels de la Santé :

Devis en ligne sur  
[www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)



\* Offre d'essai pendant 3 mois à compter de la date de souscription de l'assurance. Les cotisations sont offertes pendant 3 mois à compter de la date de souscription de l'assurance.

Ceux qui se consacrent  
à la santé des autres ont besoin  
que l'on se consacre à eux.

