kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Supplément
Programme
JNKS 2009

Kinésithérapie
missions & compétences P07

→ P06 Missions professionnelles

→ P13 Le projet de formation

→ P17 Permanence & garde en kinésithérapie…

Décembre 2008
n°12

"L'avenir quotidien"

EDITION
Santé Synergie

Votre mensuel hospitalier

Vivant Passionnant Varié

Il ressemble à votre vie, le premier magazine gratuit dédié au personnel hospitalier.

À l'hôpital, vous faites un métier formidable, mais surtout, vous faites formidablement votre métier. A vos côtés au quotidien, le MACSF est bien placée pour le savoir. « La Pause », magazine gratuit totalement dédié aux personnels des établissements hospitaliers publics et privés, vous propose de découvrir et partager les témoignages et les expériences de vos collègues partout en France. Informations, expériences vécues mais aussi divertissement, notre magazine est le vôtre.

Chaque numéro est disponible en ligne le 1er samedi de chaque mois ou par commande : Rédaction de La Pause des Hospitaliers - MACSF - TSA 40 100 - 69818 La Défense Cedex

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

www.laparoleauxhospitaliers.macsf.fr

3233

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

MACSF groupe

Sommaire n°12 Décembre 2008

Kaléïdoscope
Une "redéfinition" des professions paramédicales est envisagée. P05

Macroscope
Missions professionnelles : de nouvelles formes de coopération P06
Projet sociétal pour la mk : entre missions et compétences P07

Au cœur de la formation
Le projet de formation : P13
du projet au dispositif d'apprentissage P14
du projet aux ressources humaines ? P16

Praticoscope
Permanence, continuité, astreinte, garde en kinésithérapie, des us et coutumes aux missions P17

Au cœur de la recherche
Questionnaire : mode d'emploi P22

Au cœur du métier
Changer de nom... NON merci !!! P24

Au cœur des organisations
Le code de déontologie : un cadre pour l'amélioration de nos pratiques professionnelles si... P27

CNKS au cœur du métier...

Direction de la publication
Yves Cottret

Rédacteurs en chef
Brigitte Plages, Jacques Bergeau

Comité de rédaction
Pierre-Henri Haller, Laurence Josse, Daniel Michon, Éric Roussel, William Sraïki, Anne Pilotti, Jean-luc Gerardi

Secrétaire de rédaction
Pascale Clément

Cithéa communication

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
cithea@wanadoo.fr
RCS PARIS B 422 962 233 - APE 7311 Z
SARL AU CAPITAL DE 40 000 ε

Crédits photographiques
Fotolia. Philippe Savineau, Peggy Verdillon, Maison du tourisme d'Annecy

Impression
Tanghe printing

Dépôt légal :
1er trimestre 2009
ISSN : 1956-7596

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

kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Périscope

"Quand le sage montre la lune, le fou regarde le doigt !"

Début décembre le chargé de Mission Métiers et Compétences à la DHOS ministère santé, a adressé aux divers participants au rang desquels le CNKS un message : "comme il avait été annoncé lors de son processus de validation, l'étude prospective sur le métier de masseur-kinésithérapeute a été présentée à l'**ONEM** (observatoire national des emplois et métiers de la FPH). Cette instance a donné un avis favorable à sa diffusion et a surligné la qualité des travaux auxquels vous avez participé".

Cet important travail (au-delà de la méthodologie parfois diaphane et d'une traduction administrative des propos et propositions des professionnels parfois aseptisée) a le **mérite d'exister** et de **se traduire** par une **monographie*** reconnaissant le métier de kinésithérapeute hospitalier comme un **"métier sensible"**.

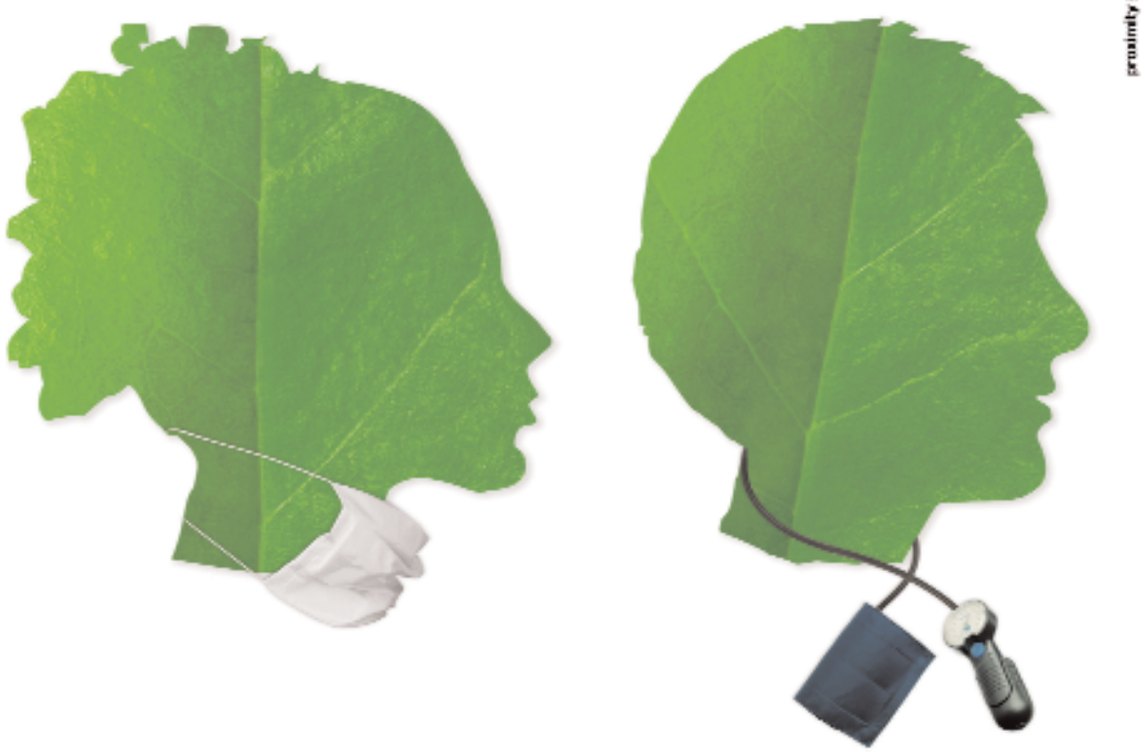
Souhaitons que cette base trouve échos dans les réformes de la formation initiale, dans les applications de la loi HSPT, dans la réforme attendue des statuts de la FPH et sa transposition aux conventions collectives.

Souhaitons que l'essentiel des réflexions puissent être réutilisé dans la nouvelle étude sur la profession qu'entreprend l'**ONDPS** (observatoire national des professions de santé présidé par le Pr. Berland) en 2009 et à laquelle le CNKS a aussi été convié à participer.

Avec l'ouverture officielle le 8 décembre (sur commande expresse du Président de la République) de "négociations" sur l'universitarisation des professions paramédicales et la délivrance - pour les infirmières - d'une "licence" et l'ouverture au Master et Doctorat du LMD souhaitons que s'ouvre l'an neuf pour les paramédicaux ?

Yves Cottret
Président

* Téléchargeable sur le site du ministère de la santé (document associé à la fiche métier MK du répertoire des métiers de la FPH)



Kaléïdoscope

L'an neuf pour les paramédicaux ?

Yves Cottret

Une "redéfinition" des professions paramédicales est envisagée. Certains responsables professionnels se sont - hâtivement à notre sens - opposés à cette redéfinition au nom d'un risque de confusion interprofessionnel ! les boulangers et les bouchers ne contribuent-ils pas à la "mission commune" de nourrir la population ? cette mission commune gomme-t-elle les compétences individuelles de chacun de ces métiers ?

Cette redéfinition en 3 niveaux (loi sur les missions, décret sur l'exercice, et arrêté sur les actes (d'évolutivité plus souple en lien avec les évolutions techniques et la commande sociale) est inéluctable : il faut non pas s'y opposer mais l'accompagner. Il est en effet capital pour la pérennité et le développement de la profession d'exister face mais aussi et surtout d'exister... parmi, au sein, ... des professions de santé. Il nous faut donc prendre de nouvelles dimensions, globaliser notre définition trop cantonnée aux actes pour investir le champs des missions qui doit permettre d'instaurer - sans crainte d'y perdre la spécificité du cœur de métier - le cadre des coopérations indiscutablement nécessaires pour une prise en soins coordonnée et efficace. Cette redéfinition, facteur d'autonomie, nécessite le détour par les activités et les compétences qu'elles requièrent... certaines "identiques voire communes" ou encore génériques permettant alors de mieux cerner les spécifiques. C'est le chantier en cours de la réingénierie. il faut aussi penser ces activités et ces compétences comme évolutives... et pas forcément cumulatives. Il est impensable de prétendre maitriser et être l'acteur de tout, "de la cave au grenier". Il faut savoir recycler, transmettre, déléguer... quand on prétend entreprendre sur de nouveaux champs... sous peine de mettre en jachère (prétendre mais ne pas faire... et empêcher tout autre de faire).

"Quand le sage montre la lune, le fou regarde le doigt !"

Relevons - parallèlement aux orientations ministérielles - parmi les propositions énoncées au cours des **XI[èmes] Assises hospitalo-universitaires** (Lille décembre 2008) que les responsables des CHU préconisent entre autres :

- **"de définir les pré-requis aux transferts de compétences pour garantir la qualité des soins"** pour accélérer les transferts de compétences entre médecins et soignants tout en garantissant la sécurité des soins et leur bonne justification ;
- **"supprimer les décrets d'actes des professions paramédicales et privilégier la notion de mission, permettant un système de rémunération attractif"** et **"d'universitariser les formations paramédicales"** préférant la collaboration entre professionnels à la délégation de compétence car elle implique une travail d'équipe entre personnes issues de formations et de compétences différentes, dans un objectif d'attractivité et de fidélisation.

A l'évidence la profession, ses métiers et ses modes d'exercice, font l'objet d'attention de la part des tutelles. A l'évidence aussi cette attention est parfois difficilement cernable mais elle est tout aussi diversement appréciée, comprise, selon les orientations voire les décisons qui découlent de concertations, de négociations... Dans tous les cas pour le **CNKS** il est capital pour la profession - au-delà de l'organisation ordinale et de son tout nouveau code de déontologie - d'avoir une "utilité sociale" véritablement reconnue. Pour cela - même et surtout si malheureusement pour certains caciques cela va de soi - il appartient aux professionnels et à leurs organisations d'en faire la preuve.

La logique de territoires de santé prévue par la loi en cours mérite aussi que chaque professionnel y porte attention : c'est à cet effet que nous vous invitons à particper aux treizième **JNKS Annecy 2009**.

C'est, **avec ses meilleurs voeux de réussite professionnelle et de bonheur personne**l, les vœux collectifs que le conseil d'administration du **CNKS** formule pour l'an neuf à la kinésithérapie et aux kinésithérapeutes salariés.

Missions professionnelles

→ Daniel Michon & François Plas

→ De nouvelles formes de coopération au service de la qualité des soins, de l'efficience en santé et du développement de notre profession

La recommandation HAS[1] définit un cadre rénové d'exercice en reconstruisant les trois piliers de l'organisation des professions de santé : **le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice**.

En ce qui concerne **le cadre juridique**, la recommandation 3-5 propose de dépasser l'approche nécessairement restrictive d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions par **les missions** qui lui sont confiées. Il s'agit de favoriser l'émergence de nouvelles formes de coopération entre les professions de santé en faisant évoluer le cadre juridique d'exercice pour sortir **"du système actuel de définition des professions organisées autour des décrets d'actes"** pour évoluer vers une définition **"en fonction de types d'interventions ou missions, bornées par certains critères"**.

Cette solution, déjà pratiquée dans d'autres pays (Grande Bretagne, Canada), étend le principe déjà utilisé pour les professions médicales : médecins, chirurgiens dentistes et sages-femmes.
Cette évolution est la première étape pour faire évoluer le dualisme professions médicales/paramédicales.

Ainsi, définir toutes les professions sur un même modèle juridique est à la fois une bonne idée et un chantier

difficile. Les poids des corporatismes, des peurs induites par le cloisonnement des exercices et de l'inertie des systèmes de formation sont sans doute supérieurs, à court terme, à ceux du progrès, de la promotion de la santé et de la responsabilité professionnelle. Pourtant l'attentisme est un jeu perdant-perdant, pour la kinésithérapie, la coopération professionnelle, pour la qualité et le coût des soins délivrés aux patients. Souhaitons que le dynamisme attendu d'une profession "du mouvement" nous permette de travailler dans la confiance à la finalité de nos exercices et de nos activités.
Pourquoi ne pas afficher à quels besoins de santé des personnes, et de la population, répond la pratique de notre art, la mise en œuvre adaptée de nos savoirs, de nos techniques et de nos prescriptions ?

Aujourd'hui, chaque ordre professionnel de santé, en s'appuyant sur la participation de ses membres, sur les contributions des organisations professionnelles et des sociétés savantes, a la chance et la charge de définir des propositions qui permettent de sortir du fractionnement des actes et de formaliser des missions ; des missions qui favorisent le positionnement des professionnels, qui agencent des conditions plus favorables pour leur coopération : c'est-à-dire qui déterminent d'abord "le socle commun" des "allied health care profession[2]" pour mieux sérier "le cœur de métier" de chacune des professions. Si la société accorde à la kinésithérapie plus d'autonomie, il est de notre responsabilité de nous engager sur nos missions et de répondre de la qualité de leurs traductions en actes, pour l'amélioration continue de la santé de chaque personne et de la population.

1. **Comment favoriser les nouvelles formes de coopération entre les professions de santé :** Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS synthèse du rapport publié en avril 2008.
2. Concept de **l'Act Health profession concil, 1960, United Kindom**, présenté dans Benchmark statement : the quality assurance agency for Higher Education 2001

Entre missions et compétences : quel projet sociétal pour la kinésithérapie ?

→ Eric Roussel

Proposer un projet sociétal pour la masso-kinésithérapie c'est s'inscrire volontairement dans une co-construction[1-2] qui tienne compte du point de vue des différents acteurs, et dans une dialectique entre kinésithérapie et société. Quel est le projet de la kinésithérapie pour la société ? Quel est le projet de la société pour la kinésithérapie ?

Le projet sociétal renvoie à l'utilité, la valeur ajoutée de la kinésithérapie pour une société donnée. Il s'agit bien du projet de la kinésithérapie pour la société et récursivement du projet de la société pour la kinésithérapie. Ce projet pose la question de l'intérêt général et, comme Yves Cottret[3], nous pensons qu'il doit être co-construit et tenir compte du point de vue des différents acteurs et particulièrement des patients. Ce projet s'inscrit dans une société qui bouge, qui évolue et pour laquelle la conception de la santé change. Daniel Michon nous rappelle[4] que cette conception est dominée par une approche scientifique biomédicale qui a longtemps caractérisé la santé comme étant l'absence de maladie, mais qu'aujourd'hui émerge une vision plus subjective, plus personnelle fondée sur de nouveaux "**rapports à la vie**". Dans cet environnement qui bouge nos missions changent et nos compétences doivent évoluer. Après avoir développé les compréhensions possibles de la notion de santé, nous nous proposons de montrer comment elles font évoluer nos missions et vers quelles compétences professionnelles les masseurs-kinésithérapeutes doivent tendre pour répondre à un nouveau projet sociétal pour la kinésithérapie.

A propos de la santé

S'enquérir de la santé est à la fois une formule de politesse et une manière d'engager ou clore une conversation. **Comment vas-tu ? How are you ? Vale** ? sont autant de manières de saluer, terme qui étymologiquement vient du latin **"salus"** et qui veut dire santé. André Rauch[5] nous rappelle que la santé c'est l'harmonie, en particulier du corps, une globalité qui fonctionne sans que cela soit perçu. La maladie c'est au contraire la fragmentation, la segmentation physiologique, psychique, organique et anatomique. Le modèle biomédical s'inscrit dans cette logique et organise son champ scientifique et social selon ce process. La maladie c'est également la discrimination sociale et le rejet, et pas uniquement du **"fou que l'on surveille et puni"**. La santé est un fait silencieux, mais un fait de culture et un fait social. Il y a la santé du corps et de l'âme, la santé pour l'homme et la cité.
Georges Vigarello en retraçant l'histoire des pratiques de santé[6] montre que la bonne santé est un souci de tout temps et de toutes sociétés.

Si la conception et l'accès à la **"bonne"** santé varient entre orient et occident et selon le rang social que l'on occupe, celle-ci reste une préoccupation permanente. La santé est un capital individuel et collectif, donc public, que l'on conserve et que l'on doit faire fructifier. C'est pourquoi la santé publique à pour objet de prévenir la maladie, préserver la santé et améliorer la vitalité et la longévité.

La notion de santé est en tension entre nécessité pour produire et servir la collectivité, et finalité pour mieux vivre, mieux jouir de la vie et se réaliser.

1. **Cottret.Y,** 2007, **L'utilité sociale : entre utilité économique et intérêt général ?**, in Kinescope n°6, p 4.
2. **Roussel.E,** 2008, **Entre projet d'établissement et projet de pôle, quels projets pour la kinésithérapie ?** in Kinescope n°8, pp 13-16.
3. **Cottret.Y,** 2007, **L'utilité sociale : entre utilité économique et intérêt général ?**, in Kinescope n°6, p 4.
4. **Michon.D,** 2008, **La santé comme projet pour la profession**, in Kinescope n°8, pp 5-9.
5. **Rauch.A,** 1995, **Histoire de la santé**, éd PUF, coll. Que sais-je ?, 121p.
6. **Vigarello.G,** 1999, **Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le moyen âge**, éd. Seuil, 397p.

La santé de l'homme moderne

Aujourd'hui la santé est une **"véritable obsession"** de l'homme moderne. L'essor du **"mieux être"**, le progrès technologique, l'accroissement de l'espérance de vie, le consumérisme médical et les formidables enjeux économiques de l'industrie de la santé ont déplacé la frontière entre le sain et le malsain, entre le normal et le pathologique.

Interrogé[8], voire dénoncé[9-10] par les philosophes et certains politologues ce mouvement est une réalité sociale qui modifie les rapports entre soignants et soignés, entre professionnels de santé et institutions, entre les professionnels eux même. Cette évolution influence également les rapports entre le sujet social, son corps, l'écoute de celui-ci et sa psyché. Chaque jour nous constatons une modification du lien entre la demande de soins et les besoins de soins, entre la demande sociale et l'utilité sociale, entre la nécessité et la finalité.

De nombreux exemples illustrent ces changements.
Que cela soit la dictature du "nutritionnellement correct", celle du "corps sculpté" ou encore les terrifiantes pratiques de purifications organiques (en retirant les organes potentiellement pathogènes) toutes les dérives sont maintenant techniquement possibles. Elles nous éloignent de la célèbre formule de René Leriche[11] la santé c'est

"la vie dans le silence des organes" ou encore de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
Avec cette définition, la prévention et les soins ne sont pas les seuls moyens au service de la santé, il y a aussi : les lois, les règlements, les orientations politiques en environnement et l'aménagement du territoire... La santé de la population devient une responsabilité collective. Pour l'OMS la santé est un droit fondamental de l'homme et... un investissement social.

"La santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne (image positive de la santé). Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité".

Besoin social et masso-kinésithérapie

La question est alors de savoir **comment** et **pour quoi** la kinésithérapie s'inscrit dans cette nouvelle vision de la santé. S'accorde t-elle à la définition de l'OMS ? Est-elle un moyen au service de l'utopie de santé après laquelle courent nos concitoyens ? Comment s'inscrit-elle entre la santé qui valorise (image du corps), celle qui témoigne de la forme (être en forme) et celle qui autorise la performance ?

7. Halpern.C, 2005, **La santé : à la poursuite d'une utopie**, in Sciences Humaines, Hors série n°48.
8. Canguilhem.G, 1966, **Le normal et le pathologique**, éd PUF, 157 p.
9. Illich.I, 1975, **Némésis médicale. L'expropriation de la santé**, éd. Seuil, 221p.
10. Sfez.L, 2002, **L'utopie de la santé parfaite, conférence de l'école normale supérieure**, 2 juin 2002.
11. Célèbre chirurgien Français né en 1879 mort en 1955.

Macroscope

Entre missions et compétences (suite)

→ Eric Roussel

Nous l'avons déjà écrit, pour la société, l'utilité de la kinésithérapie c'est avant tout de remettre le patient au travail, de le "ré-insérer" afin que lui-même réponde à ses obligations vis-à-vis de cette société, à ses missions d'acteur social "utile". Bien sûr cette conception du rôle de la ré-éducation peut paraître caricaturale et excessivement utilitariste. Mais l'oublier c'est s'exposer à une remise en question définitive. Finalement à quoi servez vous ? Etes-vous en phase avec les aspirations de vos concitoyens et les attentes de la société ?

L'ensemble de ce questionnement peut être synthétisé en deux questions :

1 → Pour quoi et comment élargir nos missions et sortir du **"essentiellement soin"** dans lequel nous avons été mis au sortir de la première guerre mondiale il y a bientôt un siècle ?

2 → Pour quoi et comment se positionner entre le désir, voire l'utopie, de santé parfaite portés par la société du XXI[ème] siècle et la dure réalité de la maladie, de la douleur, de la déficience et du handicap ?
Notre regard, notre vision doivent être plus global, plus **méta**. Il s'agit bien d'appréhender la globalité du soin, de la **"prise en soin"**, du parcours de soin et des enjeux de société. Cela demande d'une part de renforcer et développer les missions de rééducation qui nous ont été initialement confiées et d'autre part s'inscrire dans les grands enjeux de santé publique.

En termes biomédicaux, la kinésithérapie doit se préoccuper de la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (plus de 1 million de patients en 2020), des enfants obèses, de la chronicisation des maladies cancéreuses, des troubles musculo-squelettiques dus au travail, du vieillissement des enfants atteints de maladies génétiques rares, de l'amélioration de l'autonomie des personnes handicapées etc. Ce sont autant de "prises en soins" complexes, difficiles à gérer mais lourdes socialement du fait du nombre de patients et du poids économique de la prise en charge.

Conjointement il est nécessaire de répondre aux aspirations de mieux être, mieux vivre des individus. Si certains métiers se sont emparés de cette attente, nous ne nous pouvons pas l'oublier dans nos missions. Nous sommes déjà dans la recherche de performance du sportif, dans le mieux être du patient douloureux, dans l'amélioration de la posture au travail. Il est souhaitable de prendre en compte les problématiques posées par la recherche d'un corps à l'image des canons en vigueur et d'une longévité **"sans fin"**. Egalement confrontée aux progrès technologiques, à la pression économique et aux sollicitations des entreprises la kinésithérapie doit proposer un projet pertinent et cohérent. Savoir faire des choix devient de plus en plus utile.

Pour cela la masso-kinésithérapie doit devenir évaluative et évaluée, préventive et curative, diagnostique et thérapeutique, prédictive et projective. Nos missions s'élargissent et se développent.

Au-delà des missions de soins classiquement décrites dans le code de la santé[12], 5 axes portés par le Collège National de la Kinésithérapie Salariée (**CNKS**) sont à travailler : la coopération, la coordination, la délégation, l'évaluation et la production de connaissances nouvelles.

Coopérer, coordonner, déléguer, évaluer et chercher... l'avenir de la kinésithérapie.

Coopérer c'est **agir conjointement avec quelqu'un**[13]. Dans le système de santé cela signifie agir avec les autres professionnels de santé (rééducateurs, infirmières, travailleurs sociaux, aides-soignants, médecins, etc.) mais aussi les patients, leurs proches, les associations qui les représentent et les tutelles. Cela nécessite de partager l'information, les outils qui la véhiculent (dossier patient...) mais aussi se connaître voire de se re-connaître. Pour le **CNKS** la coopération rassemble des compétences diverses (complémentaires ou partagées). Elle nécessite la collaboration des acteurs et s'approprie d'autant plus facilement qu'elle est entendue comme un lien entre des professions alliées ("allied profession"). Pour cela elle s'inscrit dans un modèle de

12. Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.
13. Définition du Larousse, édition 2000.

Entre missions et compétences (fin)

→ Eric Roussel

santé bio-psycho-social, le long du "parcours patient" et dans un projet de réorganisation de l'offre de soins et de prévention tel que celui imaginé dans le cadre de la future loi Patient Hôpital Santé Territoire (PHST). Cela appelle la coordination.

Coordonner c'est agencer des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent, un résultat prédéterminé[14]. L'ensemble qui nous préoccupe ici c'est bien à la fois la **"prise en soin"** et le parcours du patient dans un dispositif donné que ce soit l'hôpital, la ville, mieux encore le lien entre les deux par exemple le réseau de santé[15] ou le territoire. Cette coordination doit être intrinsèque à l'exercice de la kinésithérapie mais va également devenir un nouveau métier que les rééducateurs sont particulièrement aptes à exercer. En effet la rééducation s'est toujours située à l'articulation de l'intra et de l'extra-hospitalier, à la frontière entre dépendance et autonomie du malade, aux confins du manuel et du technologique et à l'intersection entre différents métiers de la santé. Pour toutes ces raisons le kinésithérapeute peut, au même titre que les ergothérapeutes ou les infirmières, légitimement prétendre devenir coordonnateur du parcours de soins et mettre en œuvre une délégation.

Déléguer c'est confier et organiser la transmission d'une responsabilité à quelqu'un, le plus souvent **un subordonné**[16]. Cela implique le contrôle a posteriori. Toutes les activités de masso-kinésithérapie sont-elles du rôle du professionnel salarié ? Ne peuvent-elles être déléguées à des aides-soignants qui travailleraient avec les kinésithérapeutes ? Ne peuvent-elles être réservées à un exercice ambulatoire ? Ne peuvent-elles êtres déléguées par les professionnels libéraux à des auxiliaires de vie ? Ces questions doivent être posées. Continuer à faire ce que d'autres peuvent faire aussi bien c'est être en contradiction avec l'idée de valeur ajoutée.

Evaluer c'est **déterminer la valeur**[17], c'est se référer à un système de normes, c'est selon la posture que l'on occupe, mesurer en donnant priorité au produit, gérer en se focalisant sur les procédures, donner du sens en privilégiant le processus[18]. Mesurer l'écart à un objectif attendu (une amplitude, une fonctionnalité, une qualité de vie…), gérer une prise en charge, un traitement, un parcours patient, donner du sens à l'autonomie du patient c'est la pratique quotidienne du masseur-kinésithérapeute. Cela demande de travailler sur la preuve, de construire des référentiels, de s'approprier la posture d'un évaluateur soucieux du projet de vie du patient et du projet de la

société pour celui-ci. Aujourd'hui notre évaluation reste "artisanale", il faut la professionnaliser en développant la production de connaissances nouvelles et en se formant à sa méthodologie.

Pour Jean-Jacques Bonniol et Michel Vial, déjà cités, **chercher** et évaluer participent du même processus de distanciation vis-à-vis des pratiques[19]. Bien qu'il soit un peu simplificateur de dire que l'évaluation tente d'expliquer et la recherche vise à comprendre, nous pouvons retenir que les deux démarches sont nécessaires au développement de la kinésithérapie et à sa participation au projet de société. Nous devons produire nos références, les confronter aux besoins de la cité et aux résultats de notre exercice. La recherche et la science ne peuvent rester l'apanage de quelques uns et d'un corps social qui condescendrait à nous permettre d'être les petites mains d'un projet de recherche que nous n'aurions pas initié. Il faut que nous nous autorisions[20] cette démarche et pour cela que nous développions d'autres compétences.

14. Ibid.
15. Roussel.E, 2008, **Les centres de référence et de ressources, les réseaux : une dynamique de formation, d'information et de coordination des professionnels pour une prise en charge de qualité**, in l'abstract des 23émes journées de rééducation de l'IFMK du CHU de Bordeaux, pp 5-8.
16. Ibid.
17. Ibid.
18. Bonniol.J-J, Vial.M, 1997, **Les modèles de l'évaluation**, éd. De Boeck Université, p 13.
19. Ibid. p 351.
20. Roussel.E, 2003, **Autorisons nous !** in l'année de la recherche et kinésithérapie, édition 2003, pp 9-10.

Quelles compétences pour ces nouvelles missions ?

C'est au moment ou la réingénierie de la formation initiale travaille sur l'évolution de cette formation en s'appuyant sur la détermination préalable des compétences attendues qu'il est souhaitable d'intégrer les perspectives que nous venons d'évoquer.
Le **CNKS** plaide pour l'affichage clair des compétences suivantes :

- → évaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de la kinésithérapie ;
- → concevoir et conduire un projet d'intervention dans le domaine de la kinésithérapie ;
- → mettre en œuvre des pratiques/ des techniques/des activités de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation dans le domaine de la kinésithérapie ;
- → concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention en kinésithérapie et en santé publique ;
- → communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention ;
- → analyser et améliorer sa pratique professionnelle ;
- → rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ;
- → gérer une structure et ses ressources ;
- → communiquer pour la santé des personnes et des populations ;
- → coordonner des activités et coopérer avec d'autres professionnels ;
- → informer et mettre en place les conditions de la formation des professionnels et des personnes en formation.

Ces compétences renvoient bien aux missions développées précédemment et élargissent le domaine d'intervention du masseur-kinésithérapeute. Inscrites dans un référentiel, elles sont par définition[21] mises en œuvre dans une situation donnée. Il ne s'agit pas de les mobiliser toutes en permanence, mais pour chaque professionnel de pouvoir en disposer au moment opportun.
Elles étendent le champ des possibles dans les domaines du soin, de la prévention, de l'organisation et de la recherche. Ainsi elles répondent aux contraintes, aux nouveaux enjeux et aux défis posés par le projet de santé de la société moderne.

Le monde de la santé est un système complexe. En évolution permanente, il conjoint de fantastiques progrès techniques et technologiques (informatisation de l'évaluation clinique, imagerie, biologie, chirurgie robotisée, biothérapies…), des organisations parmi les plus complexes (hôpitaux, fonction publique etc.), des logiques d'acteurs parfois concurrentes et enfin une exigence de la part des "usagers" qui oscille entre légitimité et consommation médicale. Les enjeux de santé, au sens de la définition de l'OMS, sont à la fois préventifs, diagnostiques et curatifs mais aussi organiques, psychologiques et sociaux et enfin trans-frontaliers. Les limites entre soins, technologies de transfert, sciences et recherche sont de plus en plus ténues. Dans cet environnement qui déstabilise nos savoirs, nos connaissances et nos habitudes **il faut repenser les missions, les modes d'intervention et les compétences des masseurs-kinésithérapeutes, en bref faire évoluer le projet sociétal de la masso-kinésithérapie.**

Bibliographie

Bonniol.J-J, Vial.M, 1997, **Les modèles de l'évaluation**, éd. De Boeck Université, 368 p.

Canguilhem.G, 1966, **Le normal et le pathologique**, éd PUF, 157 p.

Halpern.C, 2005, **La santé : à la poursuite d'une utopie**, in Sciences Humaines, Hors série n°48.

Illich.I, 1975, **Némésis médicale. L'expropriation de la santé**, éd. Seuil, 221 p.

Rauch.A, 1995, **Histoire de la santé**, éd PUF, coll. Que sais-je ?, 121 p.

Vigarello.G, 1999, **Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le moyen-âge**, éd. Seuil, 397 p.

21. La compétence professionnelle est souvent définie comme **la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation professionnelle…**

FONDATION MACSF

Pour une meilleure relation soignants-patients

"EN 5 ANS D'EXISTENCE, DÉJÀ PLUS DE 40 PROJETS SOUTENUS..."

L'objet de la Fondation d'entreprise MACSF, créée en 2004, est de soutenir des projets ayant pour objectif d'améliorer les relations entre les soignants et les patients.

Les projets individuels ou collectifs, initiés par des professionnels de la santé, hospitaliers ou libéraux, ou par des patients, proposés par leurs établissements ou leurs associations sont, deux fois par an, étudiés attentivement par le conseil d'administration de la Fondation.

Nadine Chastagnol, directrice des soins, membre du conseil d'administration et *Yves Cottrot*, délégué général de la Fondation, nous en disent plus...

Une Fondation MACSF... pourquoi ?

Yves Cottrot : Pour aider à prévenir les réclamations et les conflits entre soignants et patients, dont près de 60 % sont générés par de la "mal information". Ainsi les mutuelles fondatrices ont décidé de soutenir des initiatives qui privilégient le dialogue, la relation et la compréhension mutuelle entre la société civile et le monde de la santé.

Quel est le rôle d'un administrateur ?

Nadine Chastagnol : J'ai rejoint récemment le conseil d'administration de la Fondation : on étudie et décide des projets qui seront soutenus, partiels, après d'âpres discussions. Rien n'est joué d'avance dans ce conseil.

Quels sont les projets qui vous ont le plus touché ?

N.C. : Tous ceux que choisit la Fondation ont une caractéristique intéressante ou attachante. Le projet de formation parents/soignants chez les IMC marque bien la volonté de mieux coopérer. L'apprentissage de la langue des signes par les étudiants en santé est aussi la preuve d'une empathie. La production du CD d'un musicien en services de réa pédiatriques me semble aussi porteur de cet "avenir" que les soignants s'efforcent de projeter dans leurs pratiques à destination des patients et des familles : celui d'une meilleure relation, d'une écoute réciproque.

Et pour vous, quel bilan pour ces 5 premières années ?

Y.C. : L'objet de la Fondation est très pointu. J'ai noté au fil du temps une meilleure appropriation de cet objet par la qualité et la justesse des projets déposés. En 5 ans, plus de 40 projets ont été sélectionnés, mis en œuvre, aboutis et évalués...

5 ans déjà ! Et après ?

Y.C. : Le 26 novembre dernier, le conseil d'administration a acté son renouvellement. 5 ans encore ! L'aventure continue ! Je suis convaincu que les prochains projets soutenus conforteront notre volonté d'aider concrètement à une amélioration des relations soignants-patients.

Un projet vous tient à cœur ?

Renseignements sur **www.macsf.fr**

MACSF

Sociétés fondatrices

Assureurs mutualistes

Au service de tous les professionnels de la santé

FONDATION MACSF

au cœur de la formation

Jean Luc Gérardi

→ Le projet de formation

Sur le plan de la sémantique, le "projet" est difficile à définir clairement tant ce mot est polysémique. Il est cependant un concept utilisé régulièrement dans la formation.

Pour Donnadieu (1998), le projet dans la formation peut être considéré comme un texte (même origine étymologique que "texture") en train de s'écrire. Il "désigne" la personne comme sujet psychologique, singulier dans son pouvoir de se détacher du soi et de "se" figurer "son être au monde". Le projet dans son intentionnalité est donc un processus.

Ardoino (2000) propose une représentation schématique en deux projets : le projet "visée" comme "intention philosophique ou politique affirmant... des valeurs en quête de réalisation" et le projet "programmatique" "qui se traduit par des objectifs... il est la traduction stratégique de l'autre qui en constitue l'énoncé politique". Il indique aussi "que le projet programmatique s'assortit tout naturellement d'un contrôle, tandis que le projet visée ne peut que donner matière à évaluation".

Le projet-visée, ou projet intentionnel, permet donc d'affirmer les orientations ainsi que le sens donné à la formation. La question posée est : que veut-on faire ? Il découle de la mission et de la vision de l'institut. Il représente les valeurs éducatives dans un cadre spécifique à une période et en un lieu donné.

Ainsi, les valeurs véhiculées par l'institut s'articuleront autour de celles du soin à la personne, au sens de "prendre soin de...", c'est-à-dire à des valeurs humanistes, en s'inscrivant dans un paradigme holistique.

L'institut, pour cela, met tout en œuvre pour répondre à trois objectifs :

→ l'ouverture aux savoirs (curiosité intellectuelle, esprit critique...),

→ la découverte des autres : nouveaux fonctionnements pluri et inter-professionnels, dynamique de groupe...),

→ le développement de la personnalité de chacun : sens des responsabilités, créativité, dépassement de soi, autonomie...

Ces trois objectifs étant interdépendants, l'étudiant futur professionnel est invité à prendre en main son projet de formation et à partager son envie d'apprendre, de découvrir, de réaliser. L'institut met ainsi tout en œuvre pour assurer la réussite de celui-ci afin qu'il puisse se réaliser, tant sur le plan professionnel qu'intellectuel, social, culturel et affectif, en proposant une formation novatrice et adaptée aux besoins de chacun.

L'ouverture aux savoirs permet d'accéder aux connaissances, aux habiletés et attitudes nécessaires aux fonctions de masseur-kinésithérapeute. La curiosité intellectuelle est un moteur de la réussite et de la valorisation de soi. Elle rend actif et dynamique en favorisant le développement de la personnalité et l'ouverture aux autres.

Renforcer son esprit critique nécessite une pensée autonome. Il faut aussi accepter de remettre en question ses connaissances et sa manière d'agir ou d'être, de se laisser déstabiliser pour mieux se construire, ainsi que développer le sens du doute pour prendre de la distance.

Ainsi, les étudiants s'engagent à développer une attitude réflexive au travers de l'acquisition de théories, de modèles et de méthodes rigoureuses d'analyse et de synthèse.

La découverte d'autrui et de nouveaux fonctionnements est une incitation à un travail inter-disciplinaire. Elle impose de faire appel à sa conscience sociale. C'est tout d'abord reconnaître et accepter que chacun possède une identité professionnelle propre, une histoire, une culture différentes. Ainsi, développer l'inter-disciplinarité suppose de ne pas se replier sur soi, de se lancer le défi de la découverte, de s'engager. C'est apprendre à mieux connaître l'autre, à mieux le comprendre et à mieux le respecter.

Le développement de la personnalité est favorisé par la projection de chacun dans un projet professionnel individualisé le rendant responsable de ses engagements et de ses actes. L'accompagnement individualisé par les formateurs sera ici déterminant en s'efforçant de repousser en permanence les frontières personnelles de chacun.

au cœur
de la formation

Le projet-visée de l'institut, que l'on pourrait nommer "projet de formation", est donc de transmettre à l'étudiant bien plus que des savoirs. Il se propose de développer des compétences telles que définies par Le Boterf (1994) : "la compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités…) à mobiliser mais dans la mobilisation même de ces ressources".

Pour ce faire, le dispositif de formation ne peut plus s'appuyer, comme autrefois, seulement sur le modèle de l'instruction privilégiant l'appropriation puis la restitution de savoirs. Il devrait davantage s'ouvrir à d'autres modèles plus constructivistes, comme l'analyse et la démarche favorisant le raisonnement de l'étudiant, catalysant sa pensée et donc l'invitant plus à la production ; l'objectif étant le développement de son autonomie.

Cette visée est d'ailleurs en parfaite adéquation avec le texte de 1996 modifié en 2000 et instaurant en outre la démarche de diagnostic en kinésithérapie.

L'opérationalisation, et donc la déclinaison pratique du projet de formation, s'inscrira de fait dans une logique programmatique. La question posée est ici : comment va-t-on faire ? C'est la réflexion menée autour des moyens mis en œuvre ainsi que leur planification qui va prédominer. Sa formalisation constitue le projet pédagogique de l'institut qui ne peut avoir de sens s'il est isolé et sans fondement politique en amont.

Sont fait état dans ce document, en outre, la didactisation des savoirs, les modèles pédagogiques employés, les ressources humaines et matérielles, le déroulement, la planification…

→ Du projet au dispositif d'apprentissage

La loi de modernisation sociale de 2002, en instaurant la "Validation des Acquis de l'Expérience", a porté un coup de grâce à l'approche comportementaliste aujourd'hui obsolète des dispositifs de formation professionnalisants tels que les nôtres.

L'objectif a été double :

- la reconnaissance de compétences développées lors de l'expérience, qui permet à chacun de donner une chance supplémentaire d'évolution, les savoirs acquis dans le même temps pouvant se traduire par l'attribution de tout ou partie d'un diplôme. Elle permet une reconnaissance sociale supplémentaire de la personne.
- faciliter la libre circulation des professionnels au sein de la communauté européenne voire internationale, puisque les diplômes ne sont plus directement liés aux savoirs emmagasinés mais à ce que le professionnel est capable ou non de faire dans un domaine précis.

On comprend bien que nos projets de formation ne peuvent plus se définir suivant la même approche que par le passé, l'apprentissage n'étant plus considéré comme un simple stockage de savoirs transmis. "Le savoir subit un destin singulier : il est possédé mais il possède, il est transformé et transforme celui qui s'en empare". (Donnadieu, 1998)

Le concept de compétences est donc bien placé au centre du projet de formation.

Ainsi, la reconnaissance des savoirs acquis lors de l'expérience renforce encore plus qu'autrefois l'importance des stages pratiques qui constituent la phase au cours de laquelle l'étudiant va mobiliser ses acquis, questionner ses pratiques, produire "le soin à la personne", et donc développer ses compétences. Il va sans dire que les liens entre l'institut et le terrain de stage revêtent plus que jamais une importance capitale, puisque la réussite de l'apprentissage dépendra directement de l'adéquation entre les projets des uns et autres.

Il semble que le modèle développé par Kolb, par la compréhension qu'il donne du mécanisme d'apprentissage par l'expérience, soit un excellent outil adapté à nos dispositifs.

Sans rentrer dans les détails de ce modèle, on pourrait le schématiser de la façon suivante en quatre phases :

Première phase : c'est celle de l'expérience qui constitue le temps où l'étudiant se trouve confronté à une situation nouvelle et inconnue. Il se doit de résoudre un problème dont il ne connaît pas a priori la solution.

Deuxième phase : l'étudiant va observer, il essaye de comprendre la situation par la réflexion, en mobilisant tous ses acquis (observation réfléchie).

Troisième phase : c'est sans doute la plus complexe car c'est celle de la conceptualisation, de la recherche (entre autre bibliographique)… l'étudiant est en quête de modèles transposables. C'est au cours de cette période qu'il s'approprie des savoirs nouveaux.

Quatrième phase : c'est celle de l'expérimentation, celle au cours de laquelle l'étudiant va transposer les modèles théoriques, vérifier l'application des nouveaux savoirs acquis, questionner ses pratiques… L'étudiant est ici dans une logique de production.

Ce modèle solutionne de fait les difficultés rencontrées par les étudiants au début de leurs premiers stages pratiques, alors même qu'ils n'ont que très peu de savoirs théoriques à leur disposition. L'acquisition de la démarche clinique devenant la préoccupation première, il suffit qu'ils s'inscrivent là dans une logique de "reproduction réfléchie" au cours de laquelle devront être formalisées les questions posées.

Cette approche invite davantage l'étudiant à la réflexion et pourrait diminuer la tentation d'appliquer des procédures standardisées, "prêtes-à-porter", qui ne répondent pas toujours aux besoins de la personne soignée qui est singulière.

La résolution des questions posées n'est abordée qu' à la suite de cette première étape au cours de la phase de la problématisation. L'étudiant prend l'initiative de ses recherches, au cours par exemple de séances de "résolution de problèmes" à l'institut ou dans le cadre de l'élaboration de son mémoire de fin d'études… La recherche bibliographique prend ici tout son sens et se révèle comme étant un outil incontournable en vue d'argumenter les choix effectués. Au cours de cette période, l'étudiant a recours aux régulations des différents acteurs de la formation qui l'accompagnent : formateurs, encadrants de stages…

Enfin, au terme du cycle, l'étudiant est en mesure d'élaborer une stratégie thérapeutique. Il se situe dans une logique de production de soins au terme d'un processus bien conduit. L'auto-questionnement et l'autonomisation sont mis ici en valeur. L'écriture, dans le cadre de production de documents, qu'ils soient pédagogiques ou à visée professionnalisante, devient ici un moyen incontournable et prend tout son sens (Sygnerolle, 2004 ; Stevenin, 2003).

En résumé, on pourrait envisager un dispositif d'apprentissage en alternance qui s'articulerait autour de trois séquences pédagogiques pouvant être organisées, tant à l'institut que sur les terrains de stages, avec des dominantes sur chaque site :

- l'acquisition de savoirs fondamentaux suivant un mode transmissif ;
- l'acquisition du raisonnement clinique en vue de l'appropriation des procédures, suivant le mode de l'analyse par exemple ;
- l'acquisition d'une démarche réflexive par l'activation des processus de production, développant ainsi l'autonomie du futur professionnel.

Il est bien évident que ces trois séquences pédagogiques ne peuvent que faire l'objet de trois séquences d'évaluation différentes, chacune s'appuyant sur des modèles distincts puisque répondant à des objectifs et donc des critères différents.

Il ne sera pas envisagé, dans le cadre de cette réflexion, la question de l'évaluation bien que fondamentale, pour de simples raisons de concision : elle mériterait à elle seule une rubrique.

Au risque d'être trop simpliste, le schéma pourrait en être le suivant :

- évaluation sommative individuelle dans le cadre de la première séquence ; l'objectif étant de contrôler l'appropriation des savoirs fondamentaux ;
- évaluation formative associée à une régulation au cours de la deuxième séquence ; l'objectif étant le contrôle des procédures en suscitant le raisonnement clinique ;
- la régulation et l'accompagnement, au sens "d'être avec", dans le cadre de la troisième séquence ; l'objectif étant le développement personnel de l'étudiant en lui donnant la possibilité "de cheminer à sa façon". (Vial, 2006).

Par ailleurs, ces trois séquences pédagogiques mettent en relief le rôle essentiel et la responsabilité engagée par les professionnels enseignants, formateurs et encadrants de stage, qui n'ont pas tous les mêmes missions et qui, de ce fait, doivent faire appel à des compétences spécifiques.

→ Du projet aux ressources humaines ?

Sur le schéma des trois séquences pédagogiques décrites précédemment, il est évident que l'on peut déjà tirer au moins deux profils distincts mais complémentaires de personnels en charge de formation : l'enseignant et le formateur.

Cette question n'étant pas encore toujours bien réglée dans l'esprit de certains, il n'est pas inutile d'y revenir.

L'enseignant a pour mission essentielle de transmettre les savoirs fondamentaux. Il est donc centré sur ces derniers et peu sur l'étudiant, même s'il a pour souci leur appropriation. Deux questions se posent donc pour lui essentiellement :

1. Quels savoirs à enseigner ?
2. Comment et par quels moyens les transmettre dans les meilleures conditions ?

La première question renvoie à celle de la didactisation des savoirs et donc à la difficulté de les "trier" en adéquation au niveau de la formation. Cette étape est d'autant plus frustrante que le niveau d'expertise de l'enseignant est élevé. Elle constitue une difficulté majeure dans l'organisation et la planification des enseignements. Il n'est pas possible de tout enseigner dans le cadre d'une formation initiale. Il y a toujours des choix cruciaux à réaliser.

La deuxième relève plus des méthodes pédagogiques, des qualités d'orateur de l'enseignant et de son charisme. Le référencement des savoirs transmis reste incontournable.

Pour ce qui est du formateur, même s'il peut être amené à transmettre lui aussi des savoirs, son rôle n'est pas là l'essentiel. Le mot formateur contient "format". Il s'agit donc bien de mettre "en forme" l'étudiant et donc de se centrer sur son développement personnel. Le formateur a pour mission essentielle de réunir les meilleures conditions possibles d'apprentissage pour l'élève. Il est donc non plus centré sur les savoirs mais sur l'étudiant lui-même. Ceci nécessite le développement de compétences en matière d'éducation et d'évaluation notamment.
On ne s'improvise donc pas formateur !

Pour finir, ces deux profils de personnels sont donc bien complémentaires, chacun étant indispensable dans un dispositif professionnalisant, mais avec des missions et des responsabilités distinctes.

C'est la justification de la réforme du Diplôme de Cadre de Santé, qui ne contient pas d'enseignements technologiques contrairement au Certificat de Moniteur Cadre. Le Cadre de Santé n'est plus un référent technique. L'expertise est rendue au kinésithérapeute-praticien. D'ailleurs, quid de l'expertise d'un Moniteur Cadre après quelques années d'enseignement en institut ?

Il est stupéfiant aujourd'hui de constater l'acharnement de tous les professionnels devant la question de la réforme de la formation initiale appelée aussi "réingénierie du Diplôme d'Etat". L'analyse précédente venant de mettre en exergue que le passage d'un dispositif d'apprentissage fondé sur les savoirs à un dispositif fondé sur les compétences représente une véritable révolution quant à l'approche pédagogique, personne ou presque ne se préoccupe des moyens humains qui permettront cette réforme !

La réussite de cette transition ne peut donc que passer, pour les personnels chargés de formation, par l'acquisition de nouvelles compétences. Il semble donc peu réaliste d'envisager cette réforme sans mener en parallèle, voire sans anticiper, la réforme de la formation des formateurs. C'est ce que le texte de 95 relatif à la formation des Cadres de Santé avait voulu anticiper. Malheureusement, ce texte, mal compris à l'époque, n'a pas toujours trouvé un écho favorable dans les instituts de formation. La conséquence en est qu'aujourd'hui, l'écart est encore plus grand et donc plus difficile à franchir. Il y a donc fort à parier que cette réforme ne pourra aboutir sans un accompagnement des instituts.

Bibliographie

Ardoino, J. (2000). **Les avatars de l'éducation**. Paris : PUF. 270p.

Donnadieu, B. (1998), **La formation par alternance, coopération herméneutique**, Collection **En question, Titres 2**, Université de Provence, département sciences de l'éducation : Lambesc.

Le Boterf, G. (1994) **De la compétence. Essai sur un attracteur étrange**, Paris, Les Éditions d'organisation.

Signeyrolle, J. L'émancipation professionnelle par l'écriture… Usage de l'écriture et du concept d'évaluation-régulation pour préparer des étudiants au rôle "formatif" de la kinésithérapie. Recherche en Kinésithérapie (REK), n°2, 2004, 9-20.

Stevenin P. Activation des processus de changement et régulation créatrice. Des axes prioritaires pour la formation des cadres de santé, Recherche en Kinésithérapie, n°1, 2003, p 39-46.

Vial, E. Comment joue la recherche sur les pratiques, Colloque AFREES, Ajaccio, Septembre 2006.

Praticoscope

Permanence, continuité, astreinte, garde en kinésithérapie

→ Pierre Henri Haller, William Sraiki

→ Des us et coutumes aux missions

Les missions des kinésithérapeutes salariés sont variées, autant par leurs lieux d'exercice que par leurs modalités. Parmi ces missions l'une d'elles est questionnée régulièrement à la fois par les kinésithérapeutes eux-mêmes, mais aussi leurs interlocuteurs médicaux, administratifs et les patients : celle de la permanence des soins.

Cette permanence interroge à la fois l'utilité des actes de kinésithérapie, l'organisation, la notion de service et l'autonomie-responsabilité des professionnels. A la lumière des témoins interrogés, les permanences relèvent à la fois d'us et coutumes, d'un cadre législatif, d'un management d'équipe qui doit rester pragmatique et en accord avec les valeurs qui dirigent l'intérêt du patient.

La notion de permanence liée à la garde ou l'astreinte s'inscrit dans une situation de présence temporelle, voire spatiale liée à certaines compétences spécifiques qui doivent être mises en œuvre dans certaines situations à risque, notamment dans des délais courts où une intervention précoce d'évaluation et/ou de soins est déterminante.

Le code de la santé publique fait obligation aux établissements publics hospitaliers d'assurer la continuité des soins en toutes circonstances. La continuité est liée à un relais temporel ou spatial des soins lors du parcours du patient entre professionnels et entre secteurs de soins intra ou extra hospitaliers. Il y a donc plusieurs continuités, celle de la coordination entre acteurs de soins, celle de la communication au patient, et celle des interventions des acteurs de soins.

Il y a dix ans Philippe Savineau[1], présentait aux III° JNKS les résultats éloquents d'une enquête sur les gardes : il existait autant de modalités de garde ou d'astreinte que d'établissements, autant de visions de la notion d'urgence, de besoin et de nécessité que d'équipes médicales et de kinésithérapeutes, et autant de compensations en terme de rémunération que de Directions des Ressources Humaines.

Le terme même de garde, couramment utilisé, issu du vocabulaire médical, induit une assimilation avec le modèle de la continuité des soins médicaux. Pour les confrères interrogés les mots garde, astreinte, permanence, continuité ont été utilisés témoignant de la multiplicité des usages à ce jour. Comme le note Pierre Maffei[2] les contours et la terminologie sont flous

et dépendent des usages des corps professionnels. Pour lui, une permanence est la possibilité, en tant que soignant, d'être joint en cas de nécessité et non d'urgence.

La parution du décret de 2002[3] qui impose aux établissements de rendre disponible un kinésithérapeute formé pour les réanimations et les soins intensifs, compte tenu de leur spécificité. Pour P. Maffei, cette disponibilité, cette formation, et cette idée de permanence s'est imposée sans questionner le comment – ressources humaines - ou le pourquoi – missions - et la notion d'urgence - indications. Le kinésithérapeute doit pouvoir intervenir sur tout type de patient si cette intervention peut être

1. Cadre de Santé MK, Centre Hospitalier Rhône Alpes.
2. Cadre de Santé MK, CHU Provence Alpes Côte d'Azur.
3. Décret 2002-466 du 5 avril 2002 L'article D. 712-110 du décret 2002-466 indique que "l'établissement de santé doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation" dans les unités de réanimation.

Permanence, continuité, astreinte (suite)

→ Pierre Henri Haller, William Sraiki

bénéfique, mais les critères sont encore à définir. En pratique, ce décret a été pour lui l'occasion d'expliciter, en tant qu'ancien kinésithérapeute exerçant en réanimation, l'intérêt des actes de rééducation réalisés en garde hors des secteurs de réanimation, où la surveillance est continue, les infirmiers ou les médecins sont disponibles et experts pour des gestes d'urgence qui désencombrent le patient (aspiration, fibroscopie, ventilation non invasive).

Pour P. Maffei, une coopération inter professionnelle nécessite de définir ce sur quoi il y a coopération-continuité : le désencombrement rhino-pharyngé, l'aspiration naso-trachéale… et définir les soins spécifiques : AFE.

Ainsi les situations de permanence où certaines compétences spécifiques qui doivent être mises en œuvre dans certaines situations à risque semblent limitées à trois cas qui bien souvent guident le choix des patients amenés à être vus lors de gardes hospitalières : l'encombrement respiratoire majeur (adulte ou nourrisson), l'arthrolyse et libération articulaire chirurgicale, la mobilisation voire posture du pied bot varus équin dans les 24/48 heures de la naissance, auxquelles nous pouvons ajouter les mobilisations ou postures des patients brûlés.

Tous estiment que les kinésithérapeutes restent les mieux placés pour évaluer leur utilité. Le bon sens clinique permet de juger de l'efficacité, voire de l'effet délétère. La nécessité d'intervention, est évaluée par celui qui a rééduqué le patient au quotidien. Cette transmission écrite et orale entre kinésithérapeutes relève de l'autonomie et de la responsabilité professionnelle. Chacun dans l'équipe est sensibilisé à la charge de travail en garde, donc **c'est discriminant** pour mettre "à la garde" les patients qui en tireront le meilleur bénéfice.

En termes d'organisation tous les cadres interrogés ont pensé et régulé leurs modalités d'appel et de transmission, en restant vigilants sur les dérives.

Ayed Benfradj[4], qui a mis en place une astreinte nocturne au profit des enfants atteints de mucovisdose ou de surinfection bronchique, analyse ainsi les comptes-rendus des interventions. Les dysfonctionnements montrent soit des problèmes d'organisation, des appels en dehors des horaires par exemple, soit des indications pas tout à fait pertinentes, rééducation respiratoire itérative la nuit chez un enfant épuisé en situation de soins palliatifs. Quoi qu'il en soit, il convient de répondre à toutes les prescriptions et c'est après l'acte que s'effectue un débriefing.

P. Maffei questionne le niveau de compétence requis pour assurer ces permanences. Pour lui l'exercice des kinésithérapeutes en réanimation est hyper-technique et il est difficile d'exiger les mêmes niveaux d'expertise en garde, acquis par expérience et par des formations universitaires auxquelles toute une équipe ne peut accéder. A ce titre, il s'interroge sur l'opportunité de déléguer la tâche d'extuber au kinésithérapeute et la difficulté de généraliser ce geste et son suivi. Il lui paraît donc pertinent d'organiser des formations courtes pour tous.

Les centres hospitaliers de C. Berru et ou Ph. Savineau n'ont pas à proprement parler de lits de réanimation, mais souvent la gravité des patients en hôpitaux locaux nécessite de maintenir des pratiques efficaces quels que soient les secteurs. C. Berruet organise donc une pluri-valence de son équipe qui change de secteur d'activité chaque mois. Pour elle, cela dynamise, responsabilise l'équipe et entretient ses compétences.

Actuellement, les ressources humaines des kinésithérapeutes sont rarement suffisantes pour réaliser des permanences qui dépassent la présence en journée, voire en matinée. C. Berruet rappelle que les récupérations des cumuls d'heures en semaine pèsent sur le reste de l'équipe.

Rémunérer les gardes en heures supplémentaires évite pour Ph. Savineau, des "**semaine gruyère**" de récupération qui mécontentent mais aussi constituent un moyen non négligeable d'arrondir ses fins de mois lorsque l'on est kinésithérapeute et permet d'attirer et de fidéliser en ces périodes difficiles. Un kinésithérapeute à temps partiel en effectuant une garde mensuelle, compense en partie sa perte de salaire et maintient sa qualité et son niveau de vie. A. Benfradj a montré, en outre, que les astreintes de nuit rémunérées ont un impact financier bien inférieur au prix de séjour en réanimation d'enfants dont l'état se serait aggravé.

Andrée Gibelin[5] a mis en place deux systèmes de permanences sur les deux sites de son établissement distants de 45kms. Sur l'un, une collaboration existe avec d'autres MK hospitaliers dans le cadre d'un groupement sanitaire de coopération, ou salariés du secteur privé, extérieurs à son établissement.
Ces kinésithérapeutes ont été ainsi formés à l'hygiène, aux techniques respiratoires et aux troubles de l'éveil.

Sur l'autre site, les professionnels attachés à l'établissement effectuent une semaine de stage dans le service de brûlés, pour lesquels des actes sont réalisés 6 jours sur 7.

Accepter d'être le seul interlocuteur de la rééducation un jour donné et être disponible pour le patient relève du sérieux des professionnels. Pour Ph. Savineau, lorsqu'il y a une confiance médicale, il convient de l'entretenir. Entre le vendredi après midi dernière séance et le lundi matin, il peut s'écouler presque 72h… C'est un cercle vertueux, être bien considéré, ne pas décevoir, du coup les professionnels s'investissent. L'équipe a confiance en elle et se sent utile. Le consensus s'observe lors des transmissions entre kinésithérapeutes le vendredi. Il faut aider les jeunes diplômés à évaluer ces situations. Après les WE et en régulation d'équipe, C. Berruet

4. Cadre de Santé Kinésithérapeute, CHU, Ile de France.

5. Cadre de Santé Kinésithérapeute, FEHAP PSPH, SSR, Rhône Alpes.

Permanence, continuité, astreinte (fin)

→ Pierre Henri Haller, William Sraiki

observe que même si les gardes sont contraignantes, l'éthique professionnelle et l'impact de l'absence de soins, "imposent d'y aller".

A. Benfradj ajoute, à propos de la pédiatrie, que les kinésithérapeutes ont une grande motivation, liée au contexte historique de la mucoviscidose et la place de kinésithérapeute, par exemple dans le contexte de maintien de l'état pré-greffe face à une surinfection. L'enjeu est de quitter la réanimation plus vite. Le bénéfice pour le patient est central. Ensuite seulement vient la question de la rémunération qui est plus vécue comme un dédommagement. Mais "tout travail mérite salaire". Etre engagé ne veut pas dire ne pas être rémunéré à la hauteur de son activité et des contraintes de venir à l'hôpital en pleine nuit. C'est gratifiant pour les professionnels, surtout si la demande est totalement justifiée et que le kinésithérapeute a un sentiment d'utilité.

Témoins de l'engagement de leurs équipes, tous reconnaissent, pour autant, que peu de kinésithérapeutes aiment faire des gardes. Les gardes sont vécues comme des contraintes, pour la vie familiale. Le rythme est très soutenu, il y a le stress et la solitude. Les nuits d'astreinte restent **une contrainte**, certains kinésithérapeutes racontent qu'ils dorment mal, et ont peur de ne pas entendre leur portable d'astreinte. Seuls face aux choix, aux exigences médicales, qui nécessitent parfois un positionnement, un argumentaire. Pendant la garde le MK peut avoir peur de "mal faire" ; il a peur de l'inconnu[6].

L'adaptation et la négociation des praticiens s'observent dans le discernement entre le bien fondé des actes et les réalités de terrain. L'appel injustifié crée une frustration et dilue la disponibilité du praticien, jusqu'à aller vers la perte de chance des patients qui en auraient besoin. P. Maffei rappelle que le bilan diagnostic nous permet d'argumenter et d'expliquer les indications et les adaptations techniques. Il préfèrerait être sollicité pour donner son avis et expliquer sa décision de soins pour promouvoir l'autonomie-responsabilité. Etre ingénieur et non simple exécutant.

Le résultat d'une communication, disponibilité et collaboration, c'est une confiance, une écoute, un respect mutuel qui évite de faire perdre du temps, tente d'éviter la perte de chance et qui renforce le sentiment d'utilité professionnelle. Pour conclure C. Berruet inscrit la continuité au service du patient dans un sens donné aux pratiques en explicitant ses valeurs qui rappellent notre devoir, notre empathie face à l'humain qui pourrait être nous demain. C'est une exigence éthique qui évite les négligences.

6. Enquête PRESS NEXT 2005, Ce n'est pas tant la charge physique de travail qui altère le moral des soignants, mais la peur de se tromper et d'être nocif au patient.

LE CHU DE LIMOGES, C'EST PLUS DE 7 000 SALARIES, 2 000 LITS ET PLACES, 5 ETABLISSEMENTS, 3 MISSIONS : SOINS, ENSEIGNEMENT, RECHERCHE ET INNOVATION

Nous recrutons un

CADRE SUPERIEUR DE SANTE EN REEDUCATION

MISSION PRINCIPALE DU POSTE
Le cadre supérieur de santé est le collaborateur du directeur des soins et son interlocuteur privilégié sur les points de gestion et d'organisation de la fédération de rééducation. Il apporte son expertise et les éléments d'analyses nécessaires à la vision transversale et à la cohérence des actions conduites dans le cadre de la mise en œuvre de la politique générale de rééducation, définie au CHU de Limoges.

RELATIONS HIÉRARCHIQUES
Le cadre supérieur de santé est nommé par le directeur général sur proposition de la coordonnatrice générale des soins et après avis du coordonnateur médical de la fédération de rééducation. Il est placé sous la responsabilité directe du directeur des soins de la filière de rééducation.

DOMAINES D'ACTIVITÉS
- Participer en lien avec le coordonnateur médical et le directeur des soins à la définition et mise en œuvre des objectifs de la fédération ainsi qu'à l'élaboration du rapport d'activité annuel.
- Coordonner et accompagner les projets spécifiques à la rééducation dans le cadre d'une démarche structurée.
- Participer à l'élaboration d'une politique de communication et de valorisation de l'image de la rééducation au sein de l'institution.
- Animer l'équipe de cadres de santé, développer de nouveaux modes de fonctionnement et de coopération, définir les niveaux de responsabilité et les priorités d'actions, assurer un rôle de guidance et de conseil, détecter les potentiels évolutifs des cadres de santé et les valoriser, anticiper l'évolution démographique, rechercher et développer les éléments d'attractivité et de fidélisation des professionnels des 8 métiers de la rééducation, élaborer le plan de formation continue, développer un partenariat avec les instituts de formation.
- Assurer la continuité des soins et la gestion des risques.
- Organiser l'évaluation des pratiques professionnelles du personnel de rééducation.
- Développer les activités de recherche, d'expertise et d'éducation thérapeutique.
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement.
- Participer à des projets transversaux.
- Représenter l'établissement en externe.

DIPLÔMES REQUIS
Être titulaire d'un des diplômes professionnels permettant d'exercer un des métiers de rééducation ainsi que du diplôme cadre de santé ; avoir exercé 3 ans la fonction cadre de santé en milieu hospitalier.

Contact : **Marie-Josée Canlournet - Directeur des soins - Tél. : 05 55 05 60 02**
Merci d'adresser votre candidature (lettre et CV) à **M. Hervé Léon - directeur des ressources humaines - Hôpital Dupuytren - 2, avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex**
ou par mail à **secretariat.drh@chu-limoges.fr**

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES

Anne Pilotti, Jacques Bergeau

→ Questionnaire : mode d'emploi

S'il est nécessaire de connaître par anticipation la finalité d'une enquête par questionnaire (cf Kinéscope n° 11, pages 19 et 20), cela ne suffit pas pour construire un bon questionnaire. La conception de ce document de recherche demande de la méthode.

Commande

Avant toute recherche, il y a une commande qui émane d'une institution, d'un groupe de personnes, ou du kinésithérapeute lui-même. L'origine de cette commande et son but précis sont essentiels à identifier pour éviter les biais dans la recherche (erreurs systématiques qui faussent les résultats) et déterminer les contraintes financières et organisationnelles. Il faut aussi réfléchir à la façon dont les résultats vont être exploités et communiqués.

Ainsi, après avoir bien cerné son objet de recherche, il devient possible de choisir l'outil de recueil des données adapté (un questionnaire) et de le construire.

Organisation

"L'enquête reflète l'opinion d'un échantillon de personnes[1]". Elle permet de faire ressortir un pourcentage ou des chiffres sur une population ou encore une représentation que se font des personnes interrogées.

L'enquête quantitative est basée sur un **questionnaire identique pour tous**, qui se compose principalement de questions fermées (dont les réponses sont déjà prévues). L'exploitation des réponses est statistique.

Ce type d'enquête suppose l'adhésion des personnes enquêtées au sujet qui leur est proposé. Il suppose également de connaître à l'avance les différents types de réponses possibles. Avant de construire un questionnaire, il est donc souhaitable d'effectuer des **entretiens préparatoires** pour se forger une idée des réponses possibles.

Il existe toutefois deux intermédiaires dans le recueil de données :

- la compréhension de la question peut induire certaines réponses.
- une question peut faire appel aux représentations des personnes interrogées : les réponses ne sont donc pas forcément la réalité.

Une enquête se déroule en trois temps :

→ 1. Préparation : rédiger le protocole, le questionnaire, effectuer le pré-test, réunir les moyens, établir le calendrier de réalisation.

→ 2. Réalisation : passation du questionnaire.

→ 3. Exploitation des résultats : validation des données recueillies, analyse des données, rédaction des résultats et de l'interprétation qui en est faite.

Il faut définir la **population cible** et ses caractéristiques ainsi que la manière d'aborder les personnes.

Il faut prévoir la **diffusion du questionnaire** : par rencontre directe ? par téléphone ? par courrier ? (joindre une enveloppe timbrée pour la réponse) par courrier électronique ?

Un questionnaire est mieux rempli si l'objet des questions est clair, s'il n'est pas trop long et s'il est anonyme.

Elaboration du questionnaire

Le paragraphe qui introduit le questionnaire, et les instructions d'utilisation sont aussi importants que le questionnaire lui-même. Il donne une idée au sujet du thème abordé.

Pour construire un questionnaire, il est préférable de :

- privilégier les réponses fermées, utiliser des mots simples et non ambigus (ne pas suggérer les réponses),
- formuler des questions affirmatives (sans négation),
- vérifier qu'il n'y a qu'une seule question par énoncé,
- éviter tout jugement de valeur dans les questions.

Structure possible :

→ premières questions : faciles, mettent l'interrogé en confiance.

→ questions essentielles : présentées par thèmes en cassant la cohérence des questions (cela revient à "dissimuler" les questions importantes).

→ questions personnelles : placées à la fin pour éviter un réflexe prématuré de rejet.

Enfin, il est recommandé de tester le questionnaire auprès de quelques personnes du groupe à interroger avant la passation générale : pré-test pour apprécier la compréhension des questions et la faisabilité d'analyse des résultats.

Il existe deux types de questions : fermées ou ouvertes.

Les **questions fermées** présentent au sujet un choix de réponses dans un listing : oui/non, échelle numérique (0, 1, 2, 3, 4, 5), liste de réponses au choix (d'accord, pas d'accord)

Ce type de questions est facile à analyser, mais ne permet pas de d'élargir le champ des réponses.

Les **questions ouvertes** sont plus riches en information car le sujet est libre dans sa réponse (ex : que pensez-vous de cette évaluation ?). La personne interrogée utilise son propre vocabulaire, mais cela rend plus difficile l'analyse. Ces questions servent souvent pour approfondir un thème. Le traitement des réponses se fait par des techniques d'analyse de contenu : idées, vocabulaire, occurrence (nombre de fois où un mot apparaît dans les réponses), etc...

Exemple : questionnaire analysant la satisfaction en fin de formation et l'intention de changer sa pratique professionnelle (**http://www.ersp.org/evaluation/evaluation.asp?id=13**)

Critères (Indicateurs)	Questionnaire
Caractéristiques des répondants (âge, sexe)	Vous êtes r une femme r un homme Quel est votre âge ? ..... ans
Satisfaction générale (Taux de satisfaction)	Êtes-vous satisfait de la formation que vous avez suivie ? r tout à fait satisfait r plutôt satisfait r plutôt pas satisfait r pas satisfait du tout
Satisfaction animation (moyenne)	Evaluez la qualité de l'animation de la formation sur une échelle de 0 à 5, sachant que 0 signifie qu'elle n'était pas du tout satisfaisante et 5 tout à fait satisfaisante. 0 1 2 3 4 5
Intention de modifier sa pratique (Taux d'intention) (Type de modification)	Suite à cette formation, allez-vous modifier votre pratique professionnelle ? r oui, c'est certain r oui, peut-être r non r je ne sais pas Si oui, comment ?..... .....

Passation du questionnaire

Selon le protocole pré-établiour la récupération des questionnaires.

Exploitation des résultats

Cette partie du travail doit être réfléchie en même temps que la construction du questionnaire : étude statistique, mots-clefs, retranscription.

Le traitement des données peut être quantitatif et/ou qualitatif.

Pour **l'analyse quantitative**, il existe des logiciels qui permettent d'analyser certains types de questions. Par exemple le logiciel "Epilnfo" peut être téléchargé gratuitement sur le site **http://www.ehesp.fr** (sélectionner "portail Eheps").

Dans les hôpitaux, des experts peuvent vous aider.

Pour **l'analyse de contenu**, il faut définir au préalable les thèmes et construire une grille d'analyse. L'étude peut être lexicale (qualitative) ou concerner l'occurrence (quantitative).

L'interprétation consiste à faire parler les résultats. Ne faites pas dire aux chiffres ce qu'ils ne peuvent pas dire : attention aux conclusions abusives.

La communication des résultats est un moment important, qu'il ne faut pas négliger non plus.

Important

→ Faire une enquête par questionnaire suppose de rédiger : 1- Le protocole. 2- Le questionnaire. 3- Les résultats de l'exploitation des réponses.

→ L'appui de personnes formées aux techniques d'enquête dès la phase de rédaction du protocole réduit les risques de biais ou de réponses non interprétables.

1. http://www.animafac.net/imprimersans.php3?id_article=150

au cœur **du métier**

Eric Roussel

→ Changer de nom... NON merci !!!

Des voix s'élèvent[1] pour que notre métier change de nom et, qu'à défaut d'arguments contraires, notre profession accepte l'appellation soit disant commune de physiothérapeute. Il y aurait avantage à accepter une terminologie **"porteuse de sens"** en se situant dans le monde présent et à venir, en s'affirmant comme une discipline et en ne se cantonnant pas à définir des modes d'intervention. Mais au final les auteurs ne posent pas les questions qui semblent essentielles : à quoi sert un nom ? A quoi sert de prendre, de se doter d'un nouveau nom ? Quels liens entre le nom et l'identité ? Quels liens entre un nom et une définition ?

Le nom sert à désigner, montrer, indiquer une personne, un animal ou une chose. La définition c'est **l'énonciation de ce qu'est un être ou une chose, de ses caractères essentiels, de ses qualités propres.** L'identité c'est **le caractère permanent de quelqu'un ou d'un groupe.** L'identité sociale étant le sentiment d'un individu d'appartenir à un groupe social et qui le porte à adopter certains comportements spécifiques.

Prendre un nouveau nom c'est donc chercher à s'exposer différemment aux regards, à se faire voir autrement. Cela ne préjuge pas de l'évolution des caractères, ni de l'identité, ni de la définition. La problématique posée est donc de savoir :

- si le nom de physiothérapie désigne plus pertinemment notre activité et nos missions que celui de masso-kinésithérapie,
- et si notre identité, notre appartenance à un corps social constitué seront plus cohérentes et nous amèneront à avoir des comportements plus spécifiques quand nous serons physiothérapeutes.

Revenir aux origines des noms...

Le nom de masso-kinésithérapie a plusieurs origines. Arabe tout d'abord avec le terme "**massa**" qui veut dire **toucher et palper** et qui pose à la fois la relation du touché et l'évaluation du palpé : qui examine et apprécie. Grecque ensuite avec "**kinésis**" qui signifie **mouvement et geste** et introduit la dialectique entre l'agir du "**movere**" et la signification, la finalité du "**gestus**". Grecque encore avec "**therapeuîn**" qui veut dire soigner. Nous pensons que le métissage de l'origine du mot masso-kinésithérapie est fertile et chargé de sens. Il conjoint la relation, l'évaluation, l'action, la signification et le soin et permet de poser la fameuse récursivité de Boris Dolto "la kinésithérapie c'est la thérapie du mouvement (et du geste) par le mouvement (et par les gestes du soigné et du soignant).

Qu'en est-il du mot physiothérapie ? Son étymologie fait référence à la nature, "**physus**" en grec ancien, et signifie le soin par la nature ou plutôt par les choses naturelles, c'est-à-dire les phénomènes fondamentaux. Pas de doute l'étymologie paraît beaucoup plus opaque et prête à confusion entre le soin naturel qui nous rapproche de l'empirisme des médecines douces et la thérapie par les moyens physiques dont le relationnel est souvent exclu.

1. **Michon.D, Cottret.Y**, 2008, **Physiothérapie une dénomination porteuse de sens**, In Kinescope n°10, pp 21-22.
2. Dictionnaire Larousse 2000.

Puis travailler les définitions...

La masso-kinésithérapie c'est **l'ensemble des traitements qui utilisent la mobilisation active ou passive pour donner ou rendre à un malade, à un blessé, le geste et la fonction des différentes parties du corps**[1]. Le conseil national de l'ordre propose une autre définition (non consensuelle à ce jour) : **la masso-kinésithérapie qu'elle soit à but thérapeutique ou non, est une science clinique, un art et une méthode, centrée sur le mouvement et l'activité de l'humain, qui intervient au moyen de techniques manuelles et instrumentales.** Entre une proposition exclusivement thérapeutique et un patchwork qui "chosifie" et désincarne l'action en oubliant le sujet, il reste du chemin à faire pour éclairer le lecteur.

La physiothérapie est définie comme étant **la science de l'évaluation des personnes ayant des incapacités physiques et de l'intervention auprès de celles-ci par l'exercice, les manipulations, les massages et l'utilisation d'énergie électrique, mécanique ou radiante**[3]. D'autres auteurs désignent la physiothérapie comme **le traitement par tous moyens physiques, mécaniques ou électriques.** En s'appuyant sur la classification internationale du fonctionnement (CIF) la première des deux définitions, québécoise, à l'intérêt de réintroduire le sujet (le patient) et le massage.

Notre préférence va vers cette définition qui est parfaitement applicable à la masso-kinésithérapie, mais qui ne dit rien de notre identification.

Et construire une identité...

La construction de l'identité individuelle et celle de l'identité collective (ou sociale) répondent globalement au même processus. L'identité professionnelle s'organise dans la mise en tension entre **l'identité pour soi et l'identité pour autrui**, et dans un mécanisme de rupture ou de continuité. Pour Claude Dubar ce cheminement conceptuel aboutit à distinguer 4 processus identitaires : l'identité hors travail, l'identité de métier, d'entreprise ou de réseaux[2]. Les parcours professionnels individuels s'inscrivent souvent dans une succession logique d'identités, alternant reconnaissance et non reconnaissance. Claude Dubar pose que **la construction des identités professionnelles est inséparable de l'existence des filières d'emploi-formation et des types de relations professionnelles qui structurent les diverses formes de marchés du travail**[4]. Notre identité professionnelle serait donc moins une affaire de dénomination que le résultat de **nos parcours de qualification**, de **l'organisation de nos relations professionnelles** et de notre **capacité à faire reconnaître notre utilité** sociale.

Pour innover sans changer de nom...

Vous l'aurez compris l'auteur de ces quelques lignes n'est pas favorable du tout à un changement de nom pour notre profession. Il ne faut pas confondre finalité et moyen. Notre objectif c'est bien de construire une identité professionnelle qui s'appuie sur un corpus constitué de connaissances autorisant ainsi la reconnaissance pour soi et pour autrui. Il s'agit d'innover, c'est-à-dire d'introduire du nouveau sans détruire l'acquis. Julio Frenk de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous rappelle qu'**innover c'est consolider l'héritage du passé non le détruire.** Notre nom participe de notre passé. Vouloir s'appeler comme la "majorité", qui au demeurant n'a pas toujours raison, cela pourrait en caricaturant, prendre finalement le nom de 理疗师 [lǐliáoshī] qui est l'idiome chinois correspondant à... kinésithérapie et physiothérapie.

Nos objectifs c'est de travailler à produire nos références, à reconsidérer notre dispositif de formation et les parcours qualifiants offerts aux professionnels, à inventer de nouvelles missions, de nouvelles fonctions et enfin à approfondir nos coopérations avec les autres métiers de la santé et les professionnels d'autres pays. Il s'agit, pour répondre aux besoins des patients et de la cité, d'occuper et partager de nouveaux domaines d'intervention, d'autres champs disciplinaires et un territoire de santé infra-national mais également inter-national. Pas besoin de changer de nom pour cela.

1. **D'après Blouin. M, Bergeron. C.** 1997, in dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 164 p., p 57.
2. **Dubar. C,** 2000, **La socialisation**, éd. Armand Colin, p 237.

LE CENTRE HOSPITALIER D'AGEN
(Lot-et-Garonne)
Recrute :
2 MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
Temps plein dans une équipe dynamique
CENTRE HOSPITALIER AGEN
Prendre contact avec :
Monsieur Alexandre GRILH - Tél : 05 53 69 73 08

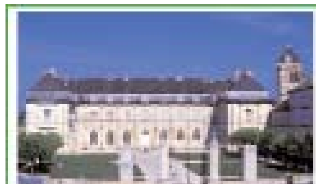
LE CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON
HOPITAL PUBLIC (91)
RECRUTE : MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
POUR SON SERVICE DE GERONTOLOGIE
ENVOYER LETTRE DE CANDIDATURE + C.V.
MADAME DAUVILLIER - CENTRE HOSPTIALIER D'ARPAJON
18 AVENUE DE VERDUN - 91290 ARPAJON - TEL. 01.64.92.90.21

Le Centre Hospitalier de Château du Loir (340lits)
+ recrute un kinésithérapeute temps plein en CDI.
Poste à pourvoir rapidement.
(Etablissement situé à proximité des principaux axes autoroutiers-ville desservie par SNCF)
Adresser candidature à Corinne Ménier- Responsable RH

Le CHD Multisite site de La Roche sur Yon (85)
Recherche deux kinésithérapeutes
Adresser CV et candidatures à DRH Mr LACOUR
CHD Les Oudairies - 85925 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9
Renseignements au 02 51 44 65 36
Poste 22213 Mme CHAPELEAU, cadre kiné.

Proximité Perros-Guirec – Côtes d'Armor
CH LANNION et CRRF TRESTEL
4 Postes M.K. à pourvoir (temps plein)
Rejoignez une équipe de 75 Rééducateurs sur 2 sites
• LANNION – Centre Hospitalier
Orthopédie, Neurologie, Réentrainement respiratoire, Soins de Suite et Réadaptation.
• TRESTEL – Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles
Grand plateau technique, Balnéothérapie, Atelier de prothèses.
Disciplines : Orthopédie, Neurologie, Rhumatologie, Pédiatrie
DURAND Jean-Jacques, Cadre Paramédical de Pôle
jdurand@ch-lannion.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
CHU Raymond Poincaré
(92 - GARCHES)
Recherche un Cadre de rééducation
Pôlé pédiatrie (Pr Estournet)
- Unité de Médecine Physique et de réadaptation pédiatrique
Rééducation neuro orthopédique et neuro respiratoire
Réanimation infantile
Équipe multidisciplinaire
Contact : Pascale JAILLARD, Cadre supérieur de rééducation



MAISON DE RETRAITE
« LES LAVIERES »
EHPAD
RECRUTE
1 MASSEUR KINESITHERAPEUTE (h/f) - mi-temps
Les candidatures sont à adresser à :
Centre Hospitalier du Val de Saône
À l'attention de Monsieur le Directeur

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.
Cithéa communication

L'INSTITUT PAOLI CALMETTES
Centre régional de Lutte Contre le cancer situé à Marseille est un des acteurs majeurs dans la Lutte contre le Cancer en France recrute :
1 Masseur-Kinésithérapeute DE (H/F)
Vous êtes titulaire du D.E. Français et disponible rapidement, nous vous proposons un poste en CDD ou CDI à temps plein ou partiel.
Merci d'adresser un courrier manuscrit et un CV à l'attention de :
Maryse LAMBERT - Chef du Personnel
Institut Paoli-Calmettes
232 Bd Ste Marguerite 13009 MARSEILLE
ou par mail : fouetm@marseille.fnclcc.fr

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

Daniel Michon

Le code de déontologie : un cadre pour l'amélioration de nos pratiques professionnelles si…

Le décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 portant la déontologie des masseurs-kinésithérapeutes dans le code de la santé publique paraît deux ans après la mise en place de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Bien qu'on puisse regretter que ce Code de déontologie n'ai pas intégré davantage de propositions portées par les kinésithérapeutes salariés[1], l'heure n'est plus aujourd'hui à critiquer son contenu mais à promouvoir les conditions de mise en application les plus favorables.

Le sens étymologique du mot **"déontologie"** est donné par deux mots grecs : **"deon" (ce qui est convenable)** et **"logos" (connaissance)**. La déontologie serait la connaissance de ce qui est convenable.

Dans notre société contemporaine, un code de déontologie comporte l'ensemble des règles que les professionnels (et les étudiants qui se destinent à cette profession) doivent respecter, sous peine de sanctions juridiques en cas de manquement, sanctions établies et décidées par un ordre professionnel.

A partir du repérage de la part de morale et de la part de droit qui composent la déontologie, nous cherchons à situer les apports de ce code et à réfléchir aux conditions pour qu'il devienne un appui pour l'amélioration de la qualité des pratiques et le développement de la réflexion professionnelle. Que faire pour qu'il soit, pour les professionnels comme pour leurs bénéficiaires, un cade porteur de progrès et de professionnalisme ?

La déontologie : des règles issues de la morale sanctionnées par du droit

L'institution d'un code de déontologie est l'aboutissement d'une longue démarche de participation animée par les instances ordinales pour construire un référentiel normatif qui servira à l'ordre pour en administrer et en contrôler l'exercice de la profession : **"L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes veille au maintien des principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie…[2]"**.

Le texte proposé par l'Ordre National prend force réglementaire avec le décret institué par le gouvernement : **en quoi ce texte est-il un appui pour évoluer et non un simple code de discipline professionnel ?**

Pour répondre à cette question, il est utile de repérer les trois origines de ces règles : certaines ne sont que des transpositions de la législation existante, d'autres proviennent de la morale professionnelle et les plus nombreuses semblent être des dispositions de réglementation technique.

• en ce qui concerne **les transpositions de la législation existante (exemples : R4321-55 les dispositions régissant le secret professionnel, R4321-61 l'obligation de signalement de sévices et mauvais traitements, R4321-83 l'obligation d'informer le patient et R4321-84 d'obtenir son consentement pour tout examen ou traitement…)** ce sont des règles qui pourront faire l'objet à la fois de poursuites pénales et de sanctions disciplinaires ordinales.

1. Propositions du CNKS pour la construction du code de déontologie – janvier 2007.
2. Article L 4321-14, 1er alinéa du Code de la Santé apporté par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

→ Le code de déontologie (suite)

• **les dispositions d'origine morale** apportent un cadre de repères pour guider le professionnel dans des problèmes de conscience **(exemples : R4321-54 le MK respecte, en toutes circonstances, les principes de moralité, de probité et de responsabilité indispensables à l'exercice de la MK, R4321-58 le MK doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quelques soient leurs origines, leurs mœurs et leurs situations..., R4321-62 le MK doit entretenir et perfectionner ses connaissances, R4321-81 le MK élabore un diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés...).** Dans ce registre de morale professionnelle, les règles sont nécessairement assez larges pour permettre l'examen des différentes situations étudiées mais, en dehors de manquements caractérisés, ces prescriptions échappent concrètement à toute probabilité de sanctions.

• **les dispositions de réglementation technique** sont plus faciles à contrôler car elles sont normatives et organisationnelles tout en restant centrées sur la régulation de l'exercice libéral. **(exemples : R4321-70 relatif au partage d'honoraires, R4321-73 interdiction de pratiquer dans des locaux commerciaux, R4321-77 abus de cotation, indication inexacte des actes effectués, R4321-107 sur les conditions de remplacement...).**

Cette rapide évocation des sources de ses règles met en évidence la nature hybride "mi-morale, mi-droit" du code de déontologie. D'une part il a prétention à dépasser l'envergure d'un code disciplinaire, d'autre part il trouve sa force réglementaire dans le cadre d'un système juridictionnel permettant de sanctionner les écarts. Alors quelle est la plus-value de cet amalgame ? Est-il porteur d'un simple contrôle du respect de normes ou promoteur d'un développement de nouvelles pratiques ?

En droit, les instances ordinales ont les moyens de faire respecter la déontologie

L'ordre exerce un contrôle disciplinaire sur ses membres à partir des termes du code de déontologie. Celui-ci pose des règles et des principes mais n'établit pas une liste de délits et de peines s'y rapportant. Les termes des règles déontologiques laissent souvent une large marge d'appréciation aux ordres même si les sanctions disciplinaires sont précisément définies. Les ordres sont des juridictions administratives spécialisées qui, en droit, ont les moyens de réprimer les manquements commis par les professionnels aux conditions normales d'exercice de la profession. L'ordre peut et doit sanctionner les contrevenants jusqu'à pouvoir éventuellement les exclure de la profession. Certes les décisions rendues par les conseils de première instance (chambre disciplinaire au sein du conseil de l'ordre régional) sont susceptibles d'appel devant une chambre disciplinaire nationale présidée par un magistrat de la juridiction administrative, l'appel étant suspensif. Enfin il est possible de se pourvoir en cassation devant le Conseil d'Etat contre les décisions rendues par le juge d'appel.

En outre, le conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, conformément à l'article L 4321-17 du Code de la Santé, va participer à l'organisation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, en liaison avec le conseil national et la Haute Autorité en Santé. Le conseil départemental est chargé de diffuser auprès des professionnels les règles de bonnes pratiques.

Du point de vue juridique, le dispositif mis en place pour la mise en œuvre des dispositions du code de déontologie, pour le développement des bonnes pratiques et pour le respect des droits de la défense est d'une sophistication impressionnante. Mais pour conduire les changements, est-ce que le droit dispose en pratique des leviers d'action les plus pertinents ?

La mise en œuvre effective d'un code repose d'abord sur l'engagement des acteurs

Sociologiquement, la construction d'un nouveau mode d'administration d'une profession et l'évolution des comportements professionnels sont des processus historiques qui mettent en tension tous les acteurs et parties concernés. Le code de déontologie offre sans doute un appui nécessaire pour construire mais pas suffisant pour accomplir les changements qu'il impose **(exemples : R4321-91 administration et archivage d'un dossier personnel du patient, R4321-106 transmission d'informations entre**

→ Le code de déontologie (fin)

professionnels, R4321 tout MK est habilité à dispenser l'ensemble des actes réglementés. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni prescrire dans des domaines qui dépassent ses compétences, ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose…). Ces règles (et d'autres) sont porteuses d'avancées importantes. L'état d'esprit qui doit présider à la mise œuvre de ces changements doit s'ancrer dans la détermination à faciliter et à accompagner l'intégration de ces nouvelles pratiques pour toutes les parties concernées.

Obligation est faite à tous les MK en fonction et inscrits au tableau de l'ordre, de déclarer sur l'honneur au conseil **(article 2 du décret portant code de déontologie des MK)**, qu'ils ont pris connaissance des règles de déontologie et qu'ils s'engagent à les respecter est en soi suffisante pour favoriser la compréhension et l'adhésion des professionnels ? Quels moyens seront proposés pour que s'organisent les échanges nécessaires pour intégrer les différentes dispositions ?

Faut-il dans la mise en œuvre de ces règles, privilégier la logique de conformité disciplinaire ou favoriser l'échange sur les innovations pour promouvoir la qualité des prestations proposées aux patients ? Peut-on prétendre imposer ces nouvelles normes ou faut-il proposer des rencontres pour discuter de leur mise en œuvre ?

Est-ce qu'une information sera remise aux patients ou aux clients, pour qu'ils soient acteurs dans ce processus d'amélioration de nos pratiques ?

Le travail de formalisation de nos règles professionnelles accompli, la profession et ses instances ordinales se trouvent devant une question d'une autre envergure : Sur quelle ligne politique engager la mise en pratique de ce code pour favoriser l'évolution de nos pratiques professionnelles ? Souhaitons que l'ordre et les professionnels s'accordent sur l'idée de progrès plutôt que sur celle de préservation, en s'inspirant des expériences des autres pays ou des autres professions, afin de rassembler, de coopérer et de répondre à l'évolution des besoins en santé des patients et de la société.

Huber-SpineForce®

LA MACHINE DU DOS

LA MOBILITÉ ARTICULAIRE ASSOCIÉE À LA MOTRICITÉ MUSCULAIRE

14

LES CHAÎNES MUSCULAIRES

LPG

N° Azur 0 810 786 900

www.huber-spineforce.com