

# kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés



## Kinésithérapie & Territoires : nouveaux enjeux ? P05

→ P05 Territoires de santé

→ P10 La recherche en santé

→ P20 Infections nosocomiales

Janv - Fév 2009  
n°13



**S** copés  
Cultures et métiers de la santé  
SYNERGIE SANTE

**OUI À L'ÉCOLOGIE,  
OUI AUX ÉCONOMIES!**

Jusqu'à  
**24%**  
de réduction  
sur l'ACHAT d'une VOITURE  
PROPRE

Taux de  
financement  
**2,99%\***



Profitez de réductions exceptionnelles et d'un taux de financement avantageux pour l'achat d'un véhicule propre, et découvrez l'assurance auto certainement la plus complète du marché.

09/09/11 - 02/2009 - Imp: MACSF - Toute réclamation des professionnels de la santé, validée du 12/01/2009 au 30/04/2009 pour un véhicule à usage professionnel. Taux actuariel effectif global au 01/01/2009, hors assurances pour une durée maximum de 24 mois, au-delà de cette durée et pour un usage privé, nous conseillons d'être sous réserve de l'acceptation du dossier par l'organisme prêteur et les assureurs, et aux clauses et conditions définies aux contrats. MACSF Financement - 343 973 822 RCS NANTERRE - Société Française - MACSF assurances - SIREN N° 775 665 031 - MACSF prévoyance - SIREN N° 311 192 475 - Sociétés d'Assurances Mutuelles - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92000 PUTEAUX

Macroscopie	
Territoires de santé.	P05
Territorialisation des politiques de santé.	P07
au cœur de la recherche	
La recherche en santé : de la nécessité pour chaque professionnel de santé d'y participer.	P10
au cœur de la formation	
De la didactique et de l'épistémologie.	P13
au cœur des organisations	
Les centres de références et de ressources, les réseaux.	P16
Praticoscope	
Infections nosocomiales et /en kinésithérapie.	P20

" Les croisades ont dressé violemment un monde contre un autre ; bien qu'achevées elles ont laissé des traces qui perdurent aujourd'hui."



## Croisades et pataphysique : vecteurs de territoires ?

Terres, champs et cultures... peuvent, selon le contexte et les qualificatifs, signer et ériger autant de frontières, de clôtures et d'exceptions plus ou moins justifiées par la sacro-sainte "spécificité"... "expliquée" par son caractère "spécifique" ?! ... Vous avez compris ? non ? C'est normal c'est la palilalie<sup>(1)</sup> de ceux qui ne pouvant justifier, ou étayer, leurs utopies usent des arts réunis de la tautologie et de la pataphysique<sup>(2)</sup>.

Rêvons ... ou cauchemardons !

Que dire par exemple de l'incantation de certains pour devenir une "profession médicale à compétence limitée" (comme les sages-femmes par exemple) ? vraie ou fausse question ?

Que penser de cette proposition échafaudée pour : se distinguer des autres paramédicaux (soins kinésithérapiques "vraiment spécifiques"), justifier la demande de 5 ans d'études (il n'y aurait donc pas d'autres arguments ?), permettre l'accès aux soins de kinésithérapie en première intention (sans prescription médicale...situation déjà en vigueur pour d'autres "paramédicaux" !), être plus proche des médecins, de la discipline ! bons ou mauvais arguments ?

Que diriez-vous de voir instauré des aides-kinésithérapeutes "spécifiques" (qui ne seraient pas aides-rééducateurs) ?

De fait les territoires méritent d'être rapprochés, les frontières méritent d'être moins rigides, plus mobiles, plus poreuses, les "no-man's land" méritent d'être partagés (pour le plus grand bien des patients), tant il est vrai que certaines de nos activités et compétences sont identiques voire communes ... mais avec **toutes les professions de santé**. Des territoires de prédilection pour chacun sont nécessaires et **des passerelles dans tous les sens pour tous**, qui garantissent l'autonomie et non l'indépendance, sont indispensables... mais ce n'est pas à notre sens de devenir "profession médicale à compétence limitée" qui le permettra !

Avec la question des valeurs de la profession voilà en tous cas un sujet qui pourrait avoir sa place dans de véritables Etats Généraux de la profession. Le **CNKS** s'y prépare et souhaite, au-delà de la "pataphysique cacique"<sup>(3)</sup>, être porteur - entre autres - de l'avis d'un maximum de kinésithérapeutes salariés<sup>(4)</sup>.

**Yves Cottret**  
Président



Direction de la publication  
Yves Cottret

Rédacteurs en chef  
Brigitte Plages, Jacques Bergeau

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



Cultures et métiers de la santé  
**SYNERGIE SANTE**

Direction de la collection  
Yves Cottret  
Secrétaire de rédaction  
Pascale Clément



Conception, réalisation,  
régie publicitaire & édition  
Cithéa Communication  
178, quai louis blériot  
75016 Paris  
Tél : 01 53 92 09 00  
Fax : 01 53 92 09 02  
cithéa@wanadoo.fr  
RCS PARIS B 422 962 233 - APE 7311 Z  
SARL AU CAPITAL DE 40 000 €

Crédits photographiques  
Fotolia  
Impression  
Tanghe printing  
Dépôt légal :  
1<sup>er</sup> trimestre 2009  
ISSN : 1956-7596  
La rédaction décline toute responsabilité  
pour les documents qui lui ont été remis.

(1) répétition spontanée et involontaire de syllabes ou de mots  
(2) science des solutions de l'imaginaire.  
(3) science des solutions de l'imaginaire ... des vieux chefs indiens (caciques).  
(4) par une réponse massive des collègues à nos enquêtes.



proximity 8800 - 09/08

**Nous sommes tous différents.**

**Avec Choisya, optez pour la couverture santé MNH qui vous ressemble.**

**Désormais, c'est vous qui choisissez vos prestations et les taux de remboursement associés en fonction de votre profil, de vos besoins et de votre budget.**



**CHOISYA**

Pour en savoir plus sur notre nouvelle offre Choisya, contactez votre correspondant MNH rendez-vous sur [www.mnh.fr](http://www.mnh.fr) ou appelez-nous : ☎ N°Cristal 09 69 32 45 00

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social  
La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Registre National des mutuelles sous les numéros 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.



# Macroscopie

## Territoires de santé : de quoi parle-t-on ?

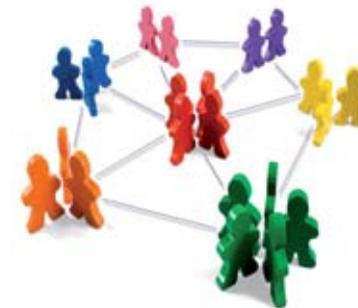
→ Eric Roussel, coordonnateur général des soins

Si l'on se réfère à la réglementation<sup>(1)</sup> "un territoire de santé est une étendue géographique où la population résidente peut disposer d'une offre de soins de qualité". Cependant, au-delà de cette définition très administrative, c'est-à-dire qui vise à administrer, il semble opportun de s'interroger sur la manière « d'habiter » ce territoire.

En effet le "territoire" n'est pas assimilable à l'espace ou au milieu, et y accoler le concept de "santé" ne signifie pas la même chose selon les approches que l'on choisit. C'est pourquoi, après avoir succinctement revisité les notions sociologiques de territoire et rappelé l'évolution législative de l'organisation sanitaire, nous proposerons une vision projective de la notion de territoire de santé.

"Depuis longtemps, les observateurs du monde animal savent que la plupart des animaux ont leur territoire et sont prêts à tout pour le défendre. Chez les hommes aussi...<sup>(2)</sup>". La notion de territoire comporte l'idée d'un effort d'appropriation par un groupe d'individus. Le territoire est une portion d'espace que l'homme

s'approprié par la force, à travers son activité ou son imaginaire. Le territoire acquiert donc une personnalité qui le différencie des autres. Jean-François Dortier nous rappelle qu'il est différent de l'espace, étudié par le géographe sous l'angle de son organisation, ou du milieu qui est l'équivalent de "l'environnement" des écologistes et dont les constructions humaines font parties. Le territoire est donc un objet vivant, conquis, habité



physiquement et psychologiquement qui appartient à l'histoire de l'Homme qu'il soit individu ou groupe.

En France l'organisation de la santé a longtemps négligé la notion de territoire. Dans un pays où l'administration, de tradition jacobine, a valorisé le centralisme parisien, il faut une volonté politique forte pour rappeler que l'on "tombe malade" là où l'on vit et que "la bonne santé" ne s'exprime pas de la même manière selon les régions. Emmanuel Vigneron<sup>(3)</sup> montre que la régionalisation

des politiques sanitaires n'est pas récente et s'inscrit dans le prolongement des mesures d'aménagement du territoire voulues par le président Charles de Gaulle dès les années 1960 et renforcées par les lois de décentralisation vingt ans plus tard. La liste des lois et ordonnances formalisant cet engagement politique est longue et témoigne des difficultés pour faire évoluer les organisations et bien plus encore les mentalités. Citons en quelques-unes :

- La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 crée la carte sanitaire afin de permettre un développement cohérent du parc hospitalier Français,
- La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière crée les projets d'établissement et le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire),
- Les ordonnances d'avril 1996 instaurent les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), les URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladie), les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé,
- La loi n°2002-203 du 4 mars 2002 regroupe les instances de concertation en une instance unique, les conseils régionaux de santé,
- L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 établit la notion de territoire de santé et supprime la carte sanitaire,
- La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé

1. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissement ou services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.  
2. DORTIER, J-F (dir.), (2008), *Le dictionnaire des sciences humaines*, Ed Sciences humaines, p 712.  
3. VIGNERON, E. (2004), *Des territoires de santé, pour quoi faire ?* In *Soins cadres*, n°52, pp 53-57.

## Territoires de santé : de quoi parle t-on ? (fin)

→ Eric Roussel, coordonnateur général des soins

publique instaure le plan régional de santé, le groupement régional de santé et ouvre la voie à de futures Agences Régionales de Santé (ARS),

→ La loi n°2004-810 du 13 août 2004 fixe une liste d'actions que devront mener les ARH telles que l'élaboration d'une politique d'installation des professionnels libéraux, l'organisation de la permanence des soins, le rapprochement ville/hôpital,

→ Enfin la future loi Hôpital Patient Santé Territoire dispose de la création des ARS et des communautés hospitalières de territoire. Cette litanie qui, au demeurant n'est pas exhaustive, montre que si "la territorialisation de la santé est un navire en marche"<sup>4</sup>, il n'avance pas vite et que sa mise en œuvre ne se décrète pas. Plusieurs raisons à cela. Tout d'abord il est nécessaire de partager nos conceptions sur la notion de santé. Nous avons déjà écrit<sup>5</sup> que la conception et l'accès à la bonne santé varient selon les pays, les régions et finalement les territoires. La santé est une préoccupation commune en tension entre nécessité pour produire et servir la collectivité et finalité pour mieux vivre... La santé n'est donc pas la simple absence de maladie mais bien un capital individuel et sociétal qui demande à être géré. C'est à partir de là que notre compréhension du territoire doit évoluer. Elle ne peut pas se résumer à 12 fiches et propositions<sup>6</sup> d'évolution du futur texte de loi. Ces propositions sont sûrement

nécessaires et utiles mais elles doivent s'ancrer dans une vision partagée des besoins de santé. Il s'agit bien d'une conquête et de l'appropriation d'un espace, d'un lieu par les différents protagonistes de l'organisation sanitaire, qu'ils soient citoyens, utilisateurs du système, ou professionnels de santé, organisateurs de ce système.

Les professionnels doivent connaître les caractéristiques, les manques, les évolutions du territoire dans lequel ils interviennent. Ces données de santé publique trop souvent méconnues déterminent d'une part les besoins de santé qui vont être différents d'un territoire à l'autre, d'autre part les collaborations



nécessaires pour améliorer la prise en charge des parcours de soins. Ces parcours doivent être identifiés, recensés, organisés et évalués pour qu'ils s'inscrivent efficacement dans les différents niveaux de territoires préconisés (Budet et al, p 45). Certains parcours sont légitimement

de proximité, d'autres de recours, d'autres encore inter-régionaux donc inter-territoriaux. Si les pouvoirs publics et les futures ARS ont la responsabilité de déterminer la juste allocation des ressources, les professionnels ont la charge de leur juste utilisation afin de promouvoir l'efficacité c'est-à-dire le niveau optimum de qualité des soins compte tenu des ressources.

Dans le même temps les citoyens, habitants du territoire, doivent s'autoriser, voire "s'auteuriser" à le construire et le faire évoluer. Engagés dans les conférences régionales de santé, ils doivent s'impliquer dans la détermination des besoins, dans la formalisation des parcours de soins et dans l'évaluation de l'organisation proposée. Acteur de l'organisation ils pourront faire valoir le respect de l'égalité d'accès aux soins pour tous, mais aussi connaître et comprendre les contraintes organisationnelles d'un système qu'ils auront co-construit et ainsi en accepter les limites.

**Le territoire de santé** est donc plus qu'un outil, un espace ou un lieu, c'est un concept qui reste encore théorique, pour ne pas dire virtuel. Sa concrétisation passe par l'évolution de notre conception de la santé et par la responsabilisation des acteurs qui doivent s'engager à "habiter" ce territoire c'est-à-dire à se l'approprier pour qu'il acquiert les spécificités et la personnalité qui valident son existence.

## Territorialisation des politiques de santé et coopération des professions

→ Daniel Michon, directeur d'IFCS

La territorialisation des politiques de santé et le développement des coopérations entre les professions sont deux axes majeurs d'une politique de santé qui a pour finalité l'amélioration de la satisfaction des besoins de santé des personnes et de la population en veillant à l'efficacité, l'équité et l'efficacité des prestations proposées ; ce sont deux dimensions à intégrer dans la problématique du développement d'une profession

Ces orientations renouvellent le cadre de la réflexion des problématiques de développement de chaque profession et invitent à privilégier de nouvelles pistes de travail. D'une part les professionnels, ont une part active à prendre pour la réussite de

ces axes politiques, d'autre part ces orientations génèrent des questions pour la place et les rôles des professions, à un moment où la société confère aux professions un nouveau positionnement, avec des Ordres qui leur confèrent davantage d'autonomie dans leur administration.

Le territoire est à la fois un attribut de l'Etat et un espace sur lequel l'Etat dispose de compétences particulières. La territorialisation des politiques pourrait s'apparenter à une lapalissade, si ce n'est qu'elle veut définir, en ce qui concerne les politiques de santé, le sens et les modalités d'une réorganisation des structures et du fonctionnement du système de santé. Face à la persistance des inégalités de santé, aux constats de fortes disparités régionales et locales, la territorialisation des politiques de santé trouve sa légitimité dans le pacte républicain et vise à promouvoir, dans un contexte économique et social contraint, une plus grande égalité d'accès de tous à des soins de qualité.

L'organisation territoriale des politiques de santé n'a cessé de s'instrumenter depuis la réforme hospita-

lière du 31 décembre 1970 (nombre de lits dans les secteurs sanitaires) d'abord pour répondre à des impératifs de planification des équipements puis pour promouvoir l'amélioration de la qualité des soins et la régulation des dépenses d'hospitalisation au niveau d'une Région (Ordonnances de 1996 et création des Agences Régionales de l'Hospitalisation ARH). Avec l'accroissement des préoccupations économiques pour la santé, avec la mise en place de la tarification à l'activité (TZA) et des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM), les « Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires » SROS deviennent l'instrument de la répartition territoriale des moyens de financement et de développement, à partir des prévisions et des autorisations d'activités.

L'approche par les territoires change la manière d'aborder les questions de santé, non pas à partir de l'offre existante en matière de soins, mais en fonction d'objectifs pour la satisfaction des besoins de santé d'une population et pour l'amélioration de l'organisation d'une offre de soins et d'éducation adaptée. Les activités de soins sont donc étudiées en fonction

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2004, les secteurs sanitaires sont supprimés et des "territoires de santé" ont été délimités par les ARH à partir de la définition de 5 niveaux de soins :

- Le niveau du quotidien : niveau des soins de base et du nursing (environs 4000 unités) (150 à 200 agglomérations pour la Métropole).
- Le niveau du bassin de vie : niveau des recours et des prestations de santé de proximité (maisons de santé, hôpital local, actions de prévention...)
- Le niveau du premier recours d'hospitalisation : réponse à la demande hospitalière courante, y compris chirurgicale, (400 agglomérations environ)
- Le niveau régional : réponses hospitalières graduées et coordonnées, avec en pointe les CHU pour les soins les plus sophistiqués ou spécialisés.
- Le niveau inter-régional : 7 grandes régions pour optimiser le regroupement des ressources nécessaires pour la médecine de demain et la recherche en santé .

4. VIGNERON.E, p57.

5. ROUSSEL. E, (2008), *Entre missions et compétences : quel projet sociétal pour la kinésithérapie ?* In Kinescope n°12, p7.

6. BUDET.J-M, PERICARD.B, VIGNERON.E, (2008), *Territoires et santé : Pour servir le débat public autour du projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires*, In Revue hospitalières de France, n°525, pp 42-57.

# Macroscopie

## Territorialisation des politiques de santé et coopération des professions (fin)

→ Daniel Michon, directeur d'IFCS

des besoins qu'elles satisfont : plus une offre apporte une prise en charge globale et coordonnée pour satisfaire des besoins identifiés, plus elle a de raisons d'être financée et développée. Ainsi le développement des coopérations entre les structures et avec tous les acteurs des différentes professions devient une logique porteuse dans tous les projets de santé et constitue un facteur clé de réussite.

La régionalisation des politiques de santé s'inscrit davantage dans un mouvement de déconcentration que dans une décentralisation. Elle apparaît surtout comme un moyen de correction de la segmentation de l'offre de soins et comme un niveau d'articulation des offres de l'hospitalisation, des soins ambulatoires et des prises en charge médico-sociales. Avec la création d'Agences Régionales de Santé, « ARS », l'Etat cherche à resserrer au niveau des régions le pilotage du système de santé, en se dotant de moyens nouveaux pour développer la coopération des acteurs de santé, qu'ils soient publics, privés ou libéraux. L'objectif est d'amener les structures et les professionnels à proposer des prestations de qualité, pertinentes par rapport aux besoins, cohérentes et efficaces dans le cadre d'une organisation territoriale régulée permettant de les satisfaire.

Traditionnellement centrés sur l'amélioration de la production de soins, les organisations, les établissements et les professions ont peu développé l'approche des besoins de santé. Avec l'affirmation de nouvelles exigences en matière de qualité des soins, de respect des droits des malades et le développement de la démocratie sanitaire, le positionnement des professions doit se fonder

sur le niveau de service attendu par la société et ses représentants, en fonction des missions et des compétences qui lui sont attribuées.

Aujourd'hui, la problématique du développement d'une profession se diversifie et passe par son aptitude à contractualiser avec les différents acteurs du système de santé : comme par le passé, les référentiels d'activité, de compétence, de formation et de rémunération négociés et édictés au niveau national conservent toute leur importance. Mais à chaque niveau de territorialité, il y aura à définir, au cas par cas, la place que prennent sur le terrain les professionnels dans la satisfaction des besoins. Le premier niveau de territorialité est à prendre en considération, tant les besoins en soins de proximité s'accroissent avec le vieillissement de la population et la Loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances. La participation de kinésithérapeutes libéraux ou salariés dans les réseaux de soins, les maisons de santé, dans les soins ambulatoires ou d'hospitalisation de premier recours seront à valoriser. La place des soins de suite et de réadaptation dans les Projets Médicaux de Territoire doit être argumentée pour assurer le financement et l'accès de tous à des équipements adaptés à la lourdeur des prises en charge. La composante technique des projets de soins doit être mise en rapport avec les besoins et les résultats visés et obtenus en matière de santé. L'articulation des prises en charge par les différents acteurs, qu'ils soient publics, privés ou libéraux, deviendra un facteur déterminant pour assurer une réponse de qualité dans le cadre d'une offre de soins graduée. La réponse aux besoins de santé doit être répartie entre les

différentes professions et coordonnée au sein de chacune, pour assurer la globalité et la continuité des soins aux différentes phases du processus de guérison ou de réadaptation. Le développement de références communes, notamment en ce qui concerne l'étude et la connaissance des besoins de soins et de santé, à partir de grilles de lecture biopsychosociale, constituerait des facteurs favorisant pour la lutte contre les inégalités en santé et la promotion des coopérations. L'adoption d'un langage et d'un cadre de référence communs permettrait de raisonner en termes d'objectifs et de propositions contractualisées chaque fois que cela est nécessaire et possible. Par ailleurs, les conférences sanitaires et les conférences de territoires sont et seront de bons moyens pour s'informer et informer tous les acteurs du système : élus, usagers, professions, institutions, payeurs, syndicats et associations représentatives...

Les professionnels doivent apprendre à rendre compte pour que leurs contributions soit mieux prises en compte. C'est en développant leurs connaissances des besoins de santé et par l'analyse de leurs pratiques, que les professionnels seront reconnus pertinents, porteurs, partenaires et acteurs dans les projets. En visant la prise en charge des besoins et en se fondant sur la définition de leurs missions, les professionnels pourront réfléchir leur positionnement et rendre compte de leur participation aux soins et à l'amélioration de la santé. C'est en développant des EPP (évaluations de pratiques professionnelles) diversifiées et réflexives que les professions pourront faire valoir en retour des PEE (propositions pour l'évolution de l'environnement).

NOUVEAU : + DE 140 PROGRAMMES EMBARQUÉS



## Huber-SpineForce® LA MACHINE DU DOS

La mobilité articulaire  
associée à la motricité musculaire



www.huber-spineforce.com

# au cœur de la recherche

Jacques Bergeau, directeur d'IFMK

## → La recherche en santé : de la nécessité pour chaque professionnel de santé d'y participer.

La **dynamique de l'enquête cognitive rationnelle** appelée recherche<sup>1</sup> se construit à partir des données disponibles, lesquelles sont dépendantes des changements technologiques.

« Aucun chercheur ne peut faire l'abstraction de se demander quelles sont les attentes de la société vis-à-vis de lui, quelle est la demande sociétale. » a déclaré Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, en Janvier 2008<sup>2</sup>.

### QUELLE EST LA DEMANDE SOCIÉTALE EN SANTÉ ?

Pour une acception de la santé en évolution<sup>3</sup>, la recherche en santé concerne le secteur « **soin-santé-social** » et tous les acteurs des systèmes de santé : les professions de santé médicales et paramédicales, les professions des sciences humaines et sociales, les universitaires et chercheurs, les décideurs en santé, les juristes de la santé, les gestionnaires et administrateurs des établissements de santé ou des organismes de protection sociale, les membres d'associations et toutes les personnes œuvrant dans les systèmes de santé<sup>4</sup>.

Le développement de la recherche et de l'innovation en santé est une condition essentielle à l'amélioration de la prise en soins du patient. Toutes les professions de santé paramédicales sont concernées par la recherche en santé. Chaque professionnel de santé se doit d'y **participer** au sens de prendre part et faire partie<sup>5</sup> :

- connaître le cadre législatif et réglementaire (textes de références) et les recommandations internationales ;
- explorer l'étendue et les territoires de la recherche : organisation, lieux et structures ;
- maîtriser les aspects pratiques : mise en œuvre, méthodologie, assurance qualité.

### QU'EST-CE QU'UN LIEU DE RECHERCHES ?

Lieu mentionné à l'article L.1121-1 du code de la santé publique (CSP), y compris lieu de soins, service hospitalier ou tout autre lieu d'exercice des professionnels de santé, disposant de moyens humains, matériels et techniques adaptés à la recherche et compatibles avec les impératifs de sécurité des personnes qui s'y prêtent, dans lequel se déroule une recherche biomédicale.

### QUELQUES REPÈRES : RECHERCHE CLINIQUE SUR L'ÊTRE HUMAIN<sup>6</sup>

#### → interventionnelle

- **biomédicale** (produit de santé ou non)
- **soins courants** (Comité de Protection des Personnes)

#### → non interventionnelle (observationnelle)

Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS)

Comité d'Éthique pour la Recherche (CER)

NB : dans tous les cas, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

### QUEL EST LE RÔLE DE L'INVESTIGATEUR ?

Conformément à l'article L.1121-1 du CSP, l'investigateur est la personne physique qui dirige et surveille la réalisation de la recherche sur un lieu. L'article L.1121-3 décrit notamment les conditions de direction et de surveillance de la recherche.

Par dérogation au principe de l'investigateur obligatoirement médecin, les recherches biomédicales autres que celles portant sur des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne comportent que des risques négligeables et n'ont aucune influence sur la prise en charge médicale de la personne qui s'y prête, peuvent être effectuées sous la direction et la surveillance d'une personne qualifiée.

Ainsi, les professionnels de santé paramédicaux doivent :

- participer plus clairement et plus largement au Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) ;
- investir les établissements publics à caractère scientifique et technique (EPST) comme l'INSERM et le CNRS, dont les unités sont regroupées au niveau des CHU. Se rappeler que l'INSERM est l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, organisme français dédié à la recherche biologique, médicale et en santé des populations ;
- collaborer avec l'Institut National du Cancer (INCa) ;
- s'inscrire dans la dynamique des délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC) ;
- prendre part aux plans nationaux (Cancer, Alzheimer, Nutrition Santé, ...).

**Il ne suffit pas de vouloir faire de la recherche. La bonne volonté ou les bonnes intentions sont sans effet s'il n'y a pas le savoir et le savoir-faire.**

Se former à la recherche et par la recherche dans les domaines de sa compétence suppose d'être « sensibilisé et imprégné » dès le début de sa formation professionnelle et tout au long de son cursus académique, ceci afin de développer la culture « recherche ». La réflexion en cours sur la réingénierie des diplômes santé paramédicaux identifie une compétence « recherche » : rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.

Il ne s'agit pas pour tout professionnel de santé d'être un chercheur – c'est un métier - mais de pouvoir disposer de cette compétence à la recherche au moment opportun. Toute pratique nécessite un cadre théorique. Il importe de produire nos propres références, nos corpus de connaissances et de les confronter aux besoins de la cité et aux résultats de notre exercice professionnel<sup>7</sup>. Le corps enseignant doit comporter dès aujourd'hui un enseignant-chercheur du domaine pour permettre cette imprégnation continue.

Aussi, développons les compétences nécessaires :

- savoir où et comment trouver sur internet les données les plus actuelles sur un sujet donné ;
- savoir valider par la lecture critique les contenus et les documents présélectionnés ;
- élaborer et conduire un protocole de recherche ;

- savoir rédiger un article pour une revue afin de valoriser son travail ou celui de son équipe.

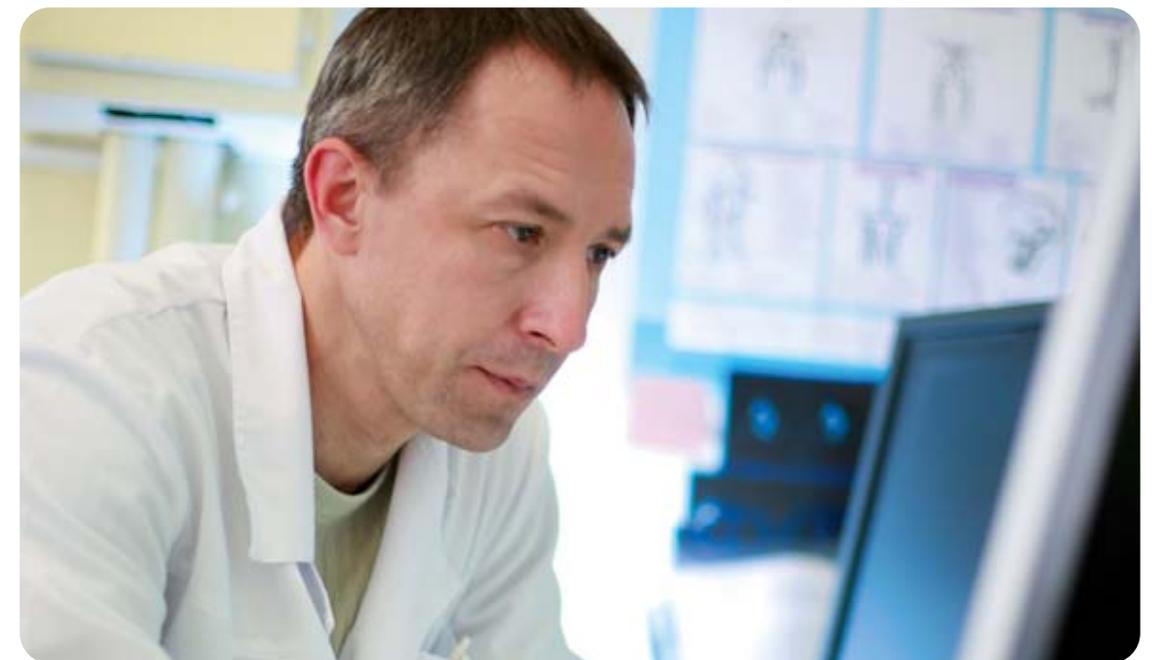
La diffusion des savoirs en santé ne peut plus se cantonner à la seule sphère académique. La maîtrise de l'anglais scientifique et des nouvelles technologies de l'information et de la communication nous permettra de prendre notre place dans la production et l'échange des connaissances.

Devenons « porteurs d'enjeux » pour la recherche en santé afin de développer les « sciences de la santé et du soin » (health and care sciences) et de changer de vision :

Actes professionnels (techniques) > Exercice professionnel (pratiques) > Culture professionnelle (missions).

Accompagner le changement pour ne pas le subir, c'est-à-dire en avoir l'intuition, l'anticiper, le prévoir, le guider<sup>8</sup>. N'en doutons pas, la recherche fondamentale et clinique d'aujourd'hui sera la routine de demain.

1. Lavelle S (2006). *Science, technologie et éthique*. Ellipses.
2. Pécresse V (2008). *Mes quatre piliers pour la recherche française (entretien)*. La Recherche n°425, p 79
3. Roussel E (2008). *Entre missions et compétences : quel projet sociétal pour la kinésithérapie ?* in Kinéscope n°12, p 8
4. adapté du site <http://www.recherchesante.fr>
5. Cottret Y (2006). *Une ère nouvelle : représentation et participation*. in Kinéscope n°1, p 3
6. Culine L (2009). *Mémento de la recherche biomédicale*. Springer
7. Kalfat H (2008). *Ergothérapie et recherche : un rêve osé, un espoir permis !* in Ergoscope n°1, p 14
8. Bergeau J (2007). *Quel contrat avec la société ?* in Kinéscope n°6, p 3



LA RÉFÉRENCE DES PROFESSIONNELS A CHANGÉ DE NOM

**Tensoplast**  
remplace **Elastoplaste**

VENDU  
UNIQUEMENT  
AUX PROFESSIONNELS  
DE LA SANTÉ

**LE NOM A CHANGÉ**

Facilement reconnaissable à son packaging bleu, blanc et rouge, **Tensoplast** garde les caractéristiques et les performances qui ont fait la notoriété d'**Elastoplaste** auprès des professionnels de la santé et de générations de sportifs dans leur pratique quotidienne.

PARTENAIRE OFFICIEL ET FOURNISSEUR DE



**BSN** medical

BSN medical S.A.S - Entité Commerciale  
25, boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72058 LE MANS Cedex 2 - FRANCE  
Tél: 33 243 83 23 64 - Fax 33 243 83 23 48



# au cœur de la formation

Roland Hussler, cadre formateur  
et Jean Luc Gerardi, directeur d'IFMK

## → De la didactique et de l'épistémologie

Selon A. Rey (2004) le terme de « didactique » est emprunté au grec tardif « didaktikos » qui signifie « propre à instruire », « relatif à l'enseignement », .... puis à « l'ensemble des techniques d'enseignement ».

La théorie de la didactique n'est pas celle de l'apprentissage mais celle de l'organisation des apprentissages, celle de la transposition et de la diffusion des connaissances.

La didactique d'une discipline, c'est donc la science qui étudie, pour un domaine particulier, les phénomènes d'enseignement, les conditions de la culture propre à une institution et les conditions de l'acquisition des savoirs par l'étudiant.

Trois composantes sont donc en présence : les savoirs, l'étudiant et l'enseignant.

L'objectif principal de la didactique consiste essentiellement à créer les conditions optimales afin de faciliter cette appropriation et proposer un accompagnement (être avec pour aller vers) adapté à chaque étudiant.

C'est donc faciliter l'accès aux savoirs, favoriser un environnement propice à leur acquisition et aider à l'appropriation des savoirs par l'étudiant en choisissant les outils pédagogiques adaptés à la situation de l'élève et à ses objectifs.

Y.Chevallard (1985) considère que « la transposition didactique est la transformation du savoir savant contenu dans les livres en savoir à enseigner puis en savoir enseigner ». En d'autres termes le didacticien est celui qui reconstruit les savoirs issus de la recherche en savoirs plus accessibles pour le public auquel ils s'adressent.

Il faut bien admettre qu'il y a une sorte de déperdition lors de cette étape, qui peut expliquer la difficulté voire la frustration que certains enseignants éprouvent lors de la préparation de leurs contenus de cours.

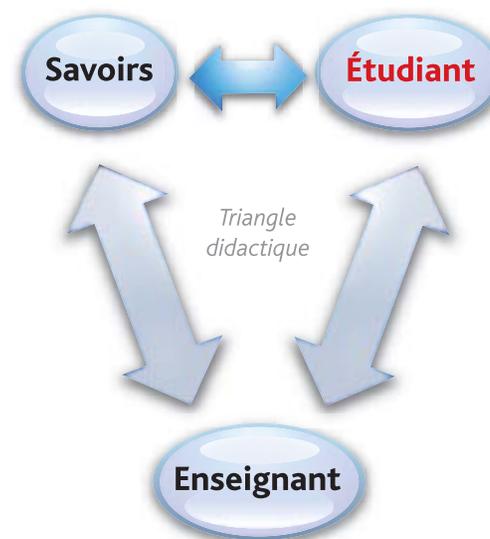
Mais le didacticien s'arrête à la porte de la classe en ayant « pré-digéré » le savoir académique en molécules assimilables, puis change de casquette en entrant dans la classe. Il devient alors pédagogue et « régurgite » cette connaissance en utilisant les modèles d'apprentissage les plus adaptés aux besoins des étudiants.

Cette centration sur les savoirs oblige également le didacticien à entrer dans un débat épistémologique.

Selon Rey (2004), épistémologie est issu du grec « epistêmê » ce qui signifie « science, connaissance », dérivé de « epistanai » qui signifie « savoir », proprement « se tenir au-dessus de » et « logy » qui signifie discours. Le mot est introduit en français pour désigner **l'étude critique des sciences, visant à déterminer leur valeur, leur origine logique et leur portée.**

L'épistémologie étudie donc les principes, les hypothèses, méthodes et résultats des sciences pour en révéler la logique et en extraire la philosophie. Elle apparaît donc comme la science des sciences.

Legrand (1990) distingue une épistémologie personnelle scientifique, c'est-à-dire conforme au fonctionnement des communautés scientifiques, une épistémologie scolaire de soumission à la lettre du contrat didactique et une épistémologie quotidienne dont la logique se distingue de la logique de la validation scientifique.



La didactique est plus particulièrement centrée sur la relation entre l'étudiant et le savoir. L'appropriation de ce savoir par l'étudiant reste la finalité de tout contrat didactique.

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

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



**EDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE :**

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



500 lits (MCO, SSR, Long séjour)  
recherche pour son service de Médecine Physique  
et de Réadaptation

**un cadre de santé kinésithérapeute (01/10/2009)**  
**un masseur-kinésithérapeute (01/07/2009)**

LM+CV:  
Monsieur le Directeur, CH Louis Pasteur,  
Av. Léon Jouhaux, BP 79, 39108 DOLE cedex ou RH.lattache@ch-dole.fr  
Centre Hospitalier Louis Pasteur • Avenue Léon Jouhaux • B.P. 79 39108 DOLE CEDEX  
Téléphone : 03 84 79 80 80 • Télécopie : 03 84 79 80 82



**LE CENTRE HOSPITALIER ROBERT BISSON**  
4, rue Roger Aini - 14107 LISIEUX Cedex  
Etablissement pivot de 700 lits et places 370 lits MCO  
290 lits secteur personnes âgées.

**RECRUTE**

**KINESITHERAPEUTES**

Adresser lettre de motivation et CV à : **Monsieur PEDUZZI**  
Direction des Ressources Humaines  
e-mail : secretariat-drh@ch-lisieux.fr

# au cœur de la formation

Cette épistémologie quotidienne a constitué le fondement de la kinésithérapie depuis sa création. Les méthodes en kinésithérapie se sont multipliées et constituent une richesse incontestable. Toutefois, par l'absence d'évaluation et de validation scientifiques, celles-ci perdent en crédibilité et restent sujettes à caution voire dérision par les communautés scientifiques.

Questionner ses pratiques de santé, canaliser les professions vers la rigueur d'une démarche intellectuelle encadrée par l'éthique de la recherche, permettront sans doute de passer d'une épistémologie quotidienne à une épistémologie personnelle scientifique susceptible de former davantage d'acteurs réflexifs de leur pratique professionnelle que de techniciens stéréotypés.

## DE LA FORMATION INITIALE.

La réforme de la formation initiale qui est en train de poindre nous amène à remettre totalement en question les rapports entre l'apprenant, le savoir et le formateur. En effet, la compétence pouvant se définir comme étant la capacité à mobiliser des savoirs et des procédures dans une situation pratique donnée, cela impose à l'étudiant un apprentissage qui va au-delà de la simple accumulation de savoirs mais impose une mise en liens de ceux-ci afin de pouvoir mieux les transposer d'une situation à l'autre.

Ce n'est donc plus d'une liste de savoirs additifs dont il s'agit, mais de la construction d'un capital de savoirs étant liés par une logique donnant du sens à leur utilisation. Le triangle didactique « savoir, apprenant, et formateur » s'en trouve donc fortement modifié.

Cette nouvelle approche permet donc de poser deux questions fondamentales :

- quels savoirs à enseigner ?
- comment les transmettre pour créer des liens entre eux et donc donner du sens à l'apprentissage en vue de leurs utilisations dans les diverses situations ?

La première pose la question de la transformation des savoirs académiques en savoirs à enseigner, c'est-à-dire de la transposition didactique. La deuxième pose davantage la question des méthodes et des modèles de formation à adopter, ce qui relève plus de la pédagogie.

Le modèle de la pédagogie traditionnelle, s'appuyant sur la transmission additive des savoirs au cours de laquelle l'étudiant reste passif, ne permet ni cette mise en liens transversale des savoirs, ni cette transposition d'une situation à l'autre. Seuls les modèles axés sur la construction des savoirs par l'étudiant peuvent permettre d'atteindre cet objectif. L'analyse de situation semble donc dans ce cas à privilégier, l'outil utilisé pouvant être par exemple la « résolution de problème ».

Quant à la nature des savoirs à enseigner dans ce contexte, il semble qu'il faille plus s'orienter vers la transmission de modèles de rééducation (grands principes), non plus par pathologies mais plus par situations cliniques clés. Ainsi, l'étudiant n'ayant plus à sa disposition des « recettes » toutes prêtes se voit contraint de construire par lui-même une stratégie thérapeutique singulière (ou plus généralement de soins) et donc plus adaptée à la personne, en s'appuyant réellement sur une évaluation initiale.

Il est bien évident que cette nouvelle approche de l'apprentissage va non seulement « bousculer » les habitudes des formateurs au sein des instituts mais aussi celles des experts qui interviennent en général plus ponctuellement. Pour les premiers, plus centrés sur l'étudiant, ils devront changer leur approche pédagogique, centrée alors sur l'analyse ; pour les seconds, ils devront reconstruire leurs contenus de cours en les axant davantage sur des grands principes de rééducation (modèles et concepts) à partir de situations types.

Ces derniers auront donc à développer des compétences en matière de transposition didactique. C'est bien tout le dispositif d'apprentissage qu'il va falloir re-questionner en ayant à l'esprit qu'il sera nécessaire de prévoir un accompagnement de l'ensemble des personnels impliqués dans le dispositif de formation afin qu'ils développent les compétences requises.

L'enseignement de la rééducation en traumatologie pourrait être un exemple simple pour illustrer ce propos.

Traditionnellement, il est fréquent, dans les instituts, d'organiser cet enseignement par le biais de cours magistraux au cours desquels sont exposés, suivant l'expertise de chacun, les différentes procédures ou protocoles de rééducation, pathologie par pathologie.

Par exemple : rééducation de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur en fonction du type de chirurgie, ou bien rééducation d'une ligamentoplastie ...

L'exposé est en général construit pour chacune des pathologies, période après période, c'est-à-dire par exemple : procédure de J1 à J3, puis de J4 à J10, puis de J11 à J30, etc... et ce dans chaque cas de figure. L'exposé est donc le plus exhaustif possible, l'étudiant n'a plus qu'à s'approprier le savoir et à le restituer en situation clinique.

Ainsi, ce dernier ayant à sa disposition une procédure standardisée, il n'a plus trop de raisons de se questionner et se trouve rapidement déstabilisé lorsque le cas clinique ne correspond plus exactement au standard qu'il a reçu.

L'apprentissage par l'analyse, permettant la construction des procédures, remédierait à cet inconvénient pour peu

que les savoirs transmis se situent plus dans des modèles à transposer.

Pour reprendre l'exemple précédent, l'enseignement dans ce domaine, pourrait être ainsi organisé :

## PREMIÈRE SÉQUENCE PÉDAGOGIQUE :

Exposé en cours magistral des grands principes de rééducation dans le cadre, par exemple, des lésions osseuses puis des lésions ligamentaires, puis tendineuses, etc...



Dans chacune d'elles, il est abordé, pour les fractures par exemple, les principes spécifiques en fonction de leur stabilité ou non, qu'elles soient ouvertes ou non, etc...

Ainsi, les étudiants ont à leur disposition des « cadres théoriques de travail » et non plus des procédures standardisées prêtes à être utilisées. Cette première partie peut être réalisée par des professionnels ayant une expertise dans le domaine.

## DEUXIÈME SÉQUENCE PÉDAGOGIQUE :

Analyse d'une situation clinique en groupe. C'est un cas clinique précis qui est alors proposé à un groupe d'étudiants qui doit résoudre le problème posé. Les étudiants sont invités à transposer les modèles reçus en cours magistral à la situation singulière proposée, et ainsi à construire eux-mêmes la procédure de rééducation, ce qui permet le développement de compétences cognitives.

Contraints d'aller piocher les connaissances dans les divers champs à leur disposition, ils établissent de fait des liens entre ces divers savoirs.

Une production écrite ainsi qu'un exposé prolongent cette séquence pédagogique, ce qui permet également dans le même temps de développer des compétences en communication.

Cette nouvelle approche de l'apprentissage, questionnant nos conceptions pédagogiques, didactiques et épistémologiques,

se trouve être aujourd'hui un véritable enjeu pour l'avenir de notre profession. C'est sans doute de notre capacité à nous adapter à ces exigences que dépendra en partie le degré d'autonomie future de celle-ci.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**Chevallard Y.**, (1991) La transposition didactique. Du savoir savant au savoir enseigné, Grenoble, La Pensée Sauvage (2<sup>e</sup> édition revue et augmentée, en coll. avec Marie-Alberte Joshua, 1<sup>ère</sup> édition 1985).

**Legrand M.**, (1990), « Circuit » ou les règles du débat mathématique. In CIZU (Ed.), Enseigner autrement les mathématiques (pp. 129-161). Paris : Commission Inter-IREM Université

**Rey A.**, (2004), Dictionnaire historique de la langue française. Paris : Le Robert. 2004.

# au cœur des organisations

Eric Roussel, coordonnateur général des soins

## → Les centres de référence et de ressources, les réseaux\*.

Ils constituent une dynamique de formation, d'information et de coordination des professionnels pour une prise en charge de qualité.

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 consumérisme excessif. Les enjeux de santé, au sens de la définition de l'OMS<sup>1</sup>, sont à la fois préventifs, diagnostics et curatifs mais aussi organiques, psychologiques et sociaux et enfin transfrontaliers. 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 modes de coordination, de formation et d'information. Depuis quelques années de nouvelles structures ont vu le jour. Elles ont une mission commune qui est de favoriser la coopération entre les différents acteurs que sont les professionnels de santé, les tutelles et institutions, les usagers et les chercheurs.

Après avoir rapidement décrit ces différentes structures nous verrons comment elles peuvent être d'excellents outils de connaissances et de facilitation des interfaces entre les différents acteurs évoqués ci-dessus..

### LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Les réseaux, dits alors « de soins », sont apparus dès 1985. Ils sont alors le plus souvent à l'initiative de professionnels de santé qui s'organisent pour améliorer la prise en charge de telle ou telle affection ou catégorie de malades.

Près de 20 ans plus tard les réseaux de santé sont définis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité des soins<sup>2</sup>. Ils « ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

La définition réglementaire est concomitante avec la formalisation du financement des réseaux et de leur certification.

C'est pourquoi les réseaux doivent mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité. La participation active à un réseau de santé permettant la validation des EPP médicales. Chaque réseau doit élaborer une charte qui définit les engagements des participants.

Aujourd'hui il existe des centaines de réseaux dans l'ensemble des régions françaises qui ont pour objet soit des types de pathologies (SIDA, diabète, bronchiolite, obésité etc.) soit des catégories de patients (périnatalogie, gérontologie, etc.), soit des modalités de prise en soins (soins palliatifs).

### LE CENTRE DE RESSOURCES

Il a plusieurs missions :

- il permet d'organiser le parcours de soins : en améliorant l'accès au diagnostic et son annonce ; en définissant, organisant et réévaluant régulièrement la stratégie de prise en charge et le suivi interprofessionnel dans le cadre d'une filière de soins identifiée et cohérente ; en veillant à l'information et à la formation du malade et de sa famille ;
- il guide et coordonne les professionnels de santé non spécialisés participant à la prise en charge de proximité du malade (acteurs de soins ou sociaux de proximité, centre hospitalier proche du malade) en les informant et les formant sur la pathologie et sa prise en charge ;
- il participe à la surveillance épidémiologique de la maladie, à l'animation des recherches et essais thérapeutiques, à la diffusion (indications et prescriptions) et au suivi des thérapeutiques et dispositifs orphelins, ainsi qu'à la mise en place de bonnes pratiques professionnelles concernant la pathologie, en liaison avec les équipes nationales et internationales travaillant dans le même domaine ;
- il s'engage dans une dynamique de coordination entre centres prenant en charge la même pathologie ou groupe de pathologies ;
- il est l'interlocuteur des autorités administratives et des associations de malades pour œuvrer à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie du malade et de sa famille.

L'exemple du CRCM (Centre de Ressources et de Compétences pour la Mucoviscidose) : « Il s'agit d'un regroupement des compétences de nombreux corps professionnels dans les différentes disciplines concernées par la mucoviscidose pour soigner au mieux dans la continuité et dans la globalité les patients atteints de cette maladie<sup>3</sup> » : c'est un exemple de centre de ressources

- pour les enfants dépistés, il s'agit du lieu où le diagnostic est confirmé puis annoncé et où le patient sera régulièrement suivi ;
- pour tous les patients, il s'agit du lieu où les choix thérapeutiques et les décisions importantes sont pris et expliqués au patient et à sa famille ;
- pour tous les intervenants et soignants, quels que soient les lieux de réalisation des soins, il s'agit du lieu de coordination des soins ».

### LE CENTRE DE RÉFÉRENCE MALADIES RARES (CMR)

Dans le prolongement de la loi de santé publique du 9 août 2004, le plan national maladies rares 2005-2008 a préconisé la labellisation nationale d'une centaine de centres maladies rares<sup>4</sup>. Le centre de référence répond à une double définition. Il est un centre expert pour une maladie ou un groupe de maladies rares ayant développé des compétences spécifiques et reconnues dans ce domaine. Il est un centre de recours, c'est-à-dire qu'il dispose d'une attraction inter-régionale, nationale ou internationale, au-delà du bassin de santé de son hôpital d'implantation, du fait de la rareté de la pathologie prise en charge et du faible nombre des équipes spécialistes dans le domaine.

Le centre de référence a pour missions de :

- faciliter le diagnostic et définir une stratégie de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social ;
- définir et diffuser des protocoles de prise en charge en lien avec la HAS et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance-maladie (UNCAM) ;
- coordonner les travaux de recherche et participer à la surveillance épidémiologique en lien avec l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) ;
- participer à des actions de formations et d'information pour les professionnels de santé, les patients et leurs familles en lien avec l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ;
- animer et coordonner les réseaux de correspondants sanitaires et médico-sociaux ;
- être des interlocuteurs privilégiés pour les tutelles et les associations de malades.

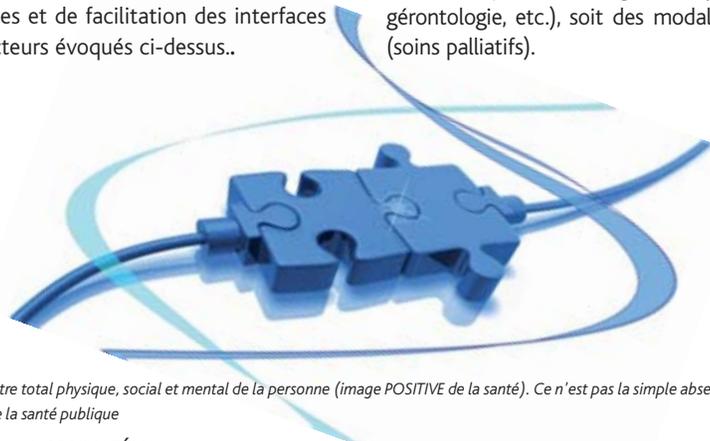
Dans le prolongement des CMR, des centres de compétence identifiés par le centre de référence doivent être désignés par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Ils ont pour objet la prise en charge de proximité à l'échelon régional ou infrarégional. Ces centres sont validés par un comité national consultatif de labellisation selon :

- l'opportunité médicale et le maillage territorial,
- le respect du cahier des charges,
- avec une convention signée entre le centre de compétence et le centre de référence.

Avec la fin du XX<sup>e</sup> Siècle apparaissent de nouveaux problèmes de santé. Liés à de nouvelles maladies (VIH...),

1. 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  
2. Article L. 6321-1 du Code de la santé publique

3. Circulaire DHOS/O 1/DGS/SD 5 n° 2001-502 du 22 octobre 2001 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose  
4. DHOS, Plan national maladies rares, « assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge », 20 novembre 2004, p 23.



## → Les centres de référence et de ressources, les réseaux (fin)

Eric Roussel

à la mondialisation des objets de santé (grippe aviaire...) ou aux questions posées par la science (accessibilité du code génétique individuel...), ces problèmes sont insolubles avec les organisations en place et le raisonnement analytique cartésien<sup>5</sup>. La complexité s'impose, il faut donc de nouvelles méthodes et de nouveaux outils. La prise en compte des interactions fonde ces nouvelles méthodes. Les réseaux, centre de ressources ou de référence font partie des nouveaux outils disponibles.

Si l'on peut craindre certaines redondances entre eux, il est cependant nécessaire que l'opportunité de leurs créations réponde aux enjeux de santé du XXI<sup>e</sup> siècle.

### DES STRUCTURES AUX OPPORTUNITÉS... ET ENJEUX DU MAILLAGE

La lecture attentive des définitions et missions des différentes structures que nous venons de rapidement décrire permet de relever plusieurs mots clés. Présents dans chaque description, nous retiendrons les termes de **coordination, continuité et interdisciplinarité**<sup>6</sup>. Chacun de ces mots matérialise la gestion des interfaces dans le système complexe qu'est le monde de la santé. Il s'agit bien de renforcer et d'optimiser la continuité de la prise en charge entre les différents acteurs en coordonnant leurs actions quelles que soient leurs disciplines, leurs métiers d'exercice ou leur place dans le système (cf. les usagers). Telle la toile informatique ce dispositif doit être réactif, adapté et convivial.

Le maillage des réseaux, des centres de ressources entre eux ou avec les centres de compétences est à la fois un moyen, un objectif et un critère d'évaluation. Ce maillage vise le partage des savoirs et des connaissances, celles qui concernent la maladie mais aussi le patient et sa prise en charge. Il s'agit bien de mettre à la disposition des différents partenaires (professionnels de santé, patients, associations et tutelles) les informations mais également les supports de formation utiles à l'amélioration de la qualité des soins. L'efficacité du dispositif favorise une récursivité<sup>7</sup> fertile entre l'objet de connaissance, la maladie et sa meilleure prise en charge, et les producteurs de connaissances que sont les chercheurs.

Aujourd'hui nous constatons que ces systèmes, plutôt artisanaux dans les années 80, sont devenus le modèle préconisé pour organiser le système de santé français. En effet c'est bien sûr les principes de coordination, de conti-

nuité, d'inter-professionnalité et de qualité qu'est bâti le projet de loi Hôpital, Patient Santé et Territoire. L'enjeu est de déplacer le centre de gravité du système d'une part vers l'utilisateur<sup>8</sup>, mais aussi vers la médecine de ville en reliant enfin le médical, le social et le médico-social. Il s'agit de sortir de l'hospitalo-centrisme généré par la réforme Debré. 50 ans après la création des CHU, l'expérience des réseaux et centre de ressources doit préfigurer le fonctionnement partenarial au sein des futurs territoires de santé.

La dynamique de formation, d'information et de coordination des professionnels à l'œuvre dans les réseaux et centre de ressources est à la fois le moteur et le gage de la qualité des prises en charge et le modèle à partager pour construire une santé citoyenne pour demain.

\* Présenté aux 23<sup>e</sup> journées de rééducation de l'IFMK Bordeaux-Décembre 2008



### BIBLIOGRAPHIE

**Barre. S.** ; Traité pratique des réseaux de santé, Ed. Berger-Levrault, 2005 ; 453 p.

**Bercot. R.** ; De Conninck.F, Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? Ed. L'Harmattan, 2006, 148 p.

**Lombraill. P.** ; Bourgueil, Y. ; Develay, A. ; Mino, J.-C., Repères pour l'évaluation des réseaux de soin, In : Santé publique. Vol. 12, no. 2 - (2000) ; pp 161-176.

**Ministère de la santé et de la protection sociale**, novembre 2004, Le développement des réseaux de santé : Réalités et perspectives, 41 p.

**Morin E.** ; Introduction à la pensée complexe, Ed. ESF, 1990, p.158

5. Qui avait pourtant fait les beaux jours du monde occidental.

6. Auquel nous préférons le mot d'inter-professionnalité qui permet de s'extraire du modèle biomédical et d'intégrer la notion de compétences partagées.

7. Telle que définit par Edgar Morin : « Un processus récursif est un processus où les produits et les effets sont en même temps causes et producteurs de ce qui est produit. » Introduction à la pensée complexe, p 99.

8. Ce que matérialise la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.



Z.I. - RN7  
58320 POUQUES LES EAUX  
Tél: 03-86-68-83-22  
Fax: 03-86-68-55-95  
[www.francofils.com](http://www.francofils.com)  
[info@francofils.com](mailto:info@francofils.com)



**CATALOGUE SUR DEMANDE**

**30 MODELES**



DEPUIS 1955  
**N°1**  
TABLE ELECTRIQUE



**CONCEPTEUR**

**FABRICATION**

**D' APPAREILS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX**

**Vous êtes kinésithérapeute  
Vous êtes cadre de santé kinésithérapeute  
Vous avez réalisé un bilan de compétences  
et vous souhaitez ré-orienter votre activité ?  
et vous souhaitez faire évoluer votre carrière ?**

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

**NOTRE METIER :  
VOUS INFORMER,  
VOUS ORIENTER\***

**\*en toute gratuité,  
confidentialité et  
neutralité**

**ARHIF**  
Agence Régionale  
de l'Hospitalisation  
d'Ile-de-France

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

**CIO** PARIS  
MEDICAL  
CELLULE REGIONALE  
D'INFORMATION ET  
D'ORIENTATION DES  
PERSONNELS PARAMEDICAUX

## Infections nosocomiales et /en kinésithérapie

→ Pierre Henri Haller & William Sraïki, cadres kinésithérapeutes

### → Territoires de Précautions, de prévention et d'hygiène

Les infections nosocomiales sont des infections contractées dans un établissement de soin. Elles sont directement ou indirectement liées à un soin dispensé à un patient.

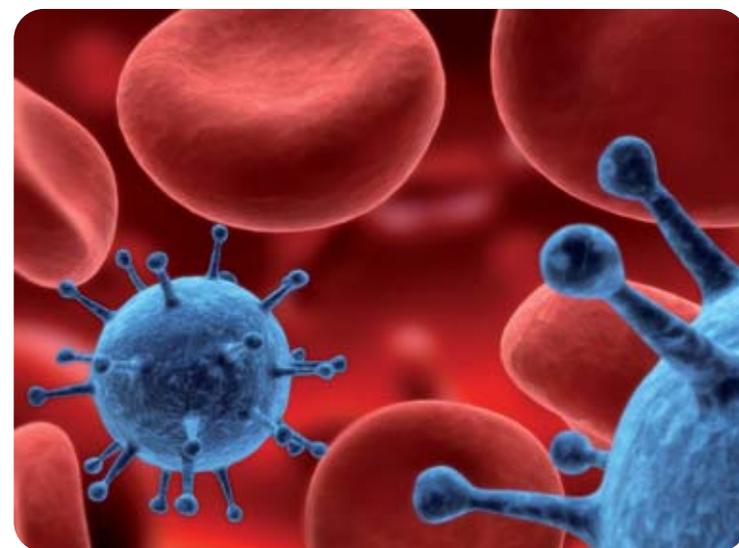
La pratique d'actes de kinésithérapie représente un risque nosocomial lié à des contaminations croisées. En 2005, un kinésithérapeute

*Creutzfeld-Jacob, SRAS, grippe aviaire, chikungunya, staphylocoque doré résistant, clostridium difficile...* la question du risque infectieux est particulièrement médiatisée. Tout d'abord par le principe de précaution face aux menaces potentielles ou avérées, ensuite par les usagers ayant contracté des infections nosocomiales et qui demandent une réparation du préjudice ; enfin par la responsabilité des professionnels qui peut être engagée, tant sur le plan civil, administratif ou pénal, en même temps que celle de l'établissement

infectieux. Il n'y a pas de délégation de responsabilité mais des responsabilités partagées.

En 2006, la prévalence de patients infectés, tous secteurs confondus, était de moins de 5% ; en dix ans, les efforts de prévention avaient fait diminuer ce chiffre de 12%. Pour autant, le risque lié à l'infection nosocomiale n'est pas nul : on estime que 3 500 décès par an en sont la cause directe. D'autres enjeux de santé publique sont liés aux surcoûts induits par les soins et la menace des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR). Un troisième plan national de lutte contre les infections nosocomiales a été ainsi présenté en janvier dernier<sup>(2)</sup> ; modification du score ICALIN<sup>(3)</sup>, classement des établissements de santé sur la surveillance et la lutte contre le risque infectieux, journée nationale « hygiène des mains » et promotion des solutions hydro-alcooliques (SHA), prise en charge optimale des infections nosocomiales ostéo-articulaires...

Il semble ainsi difficile de prévenir totalement le risque. La prévention vise les risques avérés, ceux dont l'existence est connue empiriquement ou démontrée ou encore dont la fréquence d'occurrence est connue en probabilité. C'est le cas des mesures prises face aux risques infectieux et aux iatrogénies, c'est-à-dire les conséquences néfastes du geste thérapeutique. C'est sur ce risque connu que se construisent les dispositifs de protection assurantiels.



salarié était rendu juridiquement responsable d'une infection nosocomiale suite à l'arrachage malencontreux d'un redon dans les suites post-opératoires d'une chirurgie d'un genou survenu en 1998<sup>(1)</sup>.

de soin – encadrement, direction. À titre personnel et dans l'exercice de son activité, le kinésithérapeute peut donc « répondre de » dommages causés ou mise en danger d'autrui liés au risque

1. KinéScope N°11

2. « Les infections nosocomiales : nouvelles mesures et classement des établissements de santé » [http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/breves/IMG/pdf/infections\\_nosocomiales\\_2009.pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/breves/IMG/pdf/infections_nosocomiales_2009.pdf)

3. ICALIN : Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Le principe de précaution se distingue de la prévention par la tentative d'anticiper des risques potentiels pour la santé publique non actuellement identifiés formellement au regard des données de la science. De nouvelles menaces épidémiques ou infectieuses non encore connues pourraient entrer dans ce cadre. Ce principe, réhabilite la prudence face à l'incertitude, mais ne doit pas conduire à un immobilisme devant le risque.

Hélène Culliniv<sup>(4)</sup> et Marie-Claire Sintès<sup>(5)</sup> ont observé l'émergence progressive chez les kinésithérapeutes de ce principe de précaution face au risque infectieux. La peur de l'épidémie face aux maladies infectieuses comme le SIDA ou la tuberculose a fait naître chez les kinésithérapeutes une prise de conscience de leur vulnérabilité et de leur propre risque. H. Cullin évoque ainsi, il y a dix ans, l'utilisation nouvelle de gants à usage unique sur les plateaux techniques de CRF, lors de certaines séances « à risque » et la constitution de kit d'accident d'exposition au sang lors de saignements inopinés de cicatrices. Ces gants constituaient une nouveauté symbolique dans une profession où prévaut le contact direct de la peau de la personne soignée. M-C. Sintès rapporte l'infection de soignants lors de contact avec des patients hospitalisés pour complications

respiratoires à germes particulièrement actifs. La lourdeur des antibiothérapies a fait prendre conscience aux praticiens des risques encourus et de la nécessité de se protéger avec des gants et masques adaptés. L'information sur la contagion possible doit être disponible et accessible, tout en préservant l'intimité et le secret du patient.

H. Cullin rappelle qu'il y a dix ans, l'hygiène dans les établissements de santé était majoritairement codifiée par les infirmiers et non les médecins ou les kinésithérapeutes. Or, selon elle, le rapport à l'hygiène est différent selon les professions, tant du point de vue des représentations que des activités. Les rééducateurs associent l'hygiène à la notion de propreté, tandis que les infirmiers associent l'hygiène à la propreté et à l'asepsie. Ce rapport différent au « propre » et au « sale » s'explique par les activités de ces professions. La grande majorité des actes professionnels réalisés par les infirmiers ont un caractère invasif et donc un risque infectieux. Ces écarts entre professions peuvent entraîner des incompréhensions, voire des stigmatisations. H. Cullin et M-C. Sintès, rapportent qu'aussi bien en centre qu'en hôpital, l'activité « nomade » des kinésithérapeutes laissait à penser qu'ils étaient vecteurs d'infections nosocomiales. Comme la kinésithérapie a une certaine particularité, tant par son

territoire d'activité que par la nature des ses actes, qu'environ 80% des infections nosocomiales sont manuportées, contre 20% aéroportées, le déplacement de kinésithérapeutes entre plusieurs services et entre plusieurs patients pourrait être source de risque infectieux.

Pour autant, les kinésithérapeutes ont pris la mesure à la fois de leur autonomie et de leurs responsabilités. Emmanuelle Da Costa Noble<sup>(6)</sup>, en tant que référente hygiène, se tient particulièrement au courant des nouveaux risques. Elle rapporte que les kinésithérapeutes se sentent très concernés par les infections respiratoires nosocomiales. Dans son activité, l'hygiène concerne autant le plateau technique, les praticiens que les familles. Une éducation thérapeutique à l'hygiène sanitaire et alimentaire est menée auprès des familles pour évoquer les risques et trouver des moyens de prévention. Elle remarque qu'il reste difficile de trouver un discours mesuré qui n'induit ni peur panique, ni l'insouciance.

Concernant l'organisation du travail, elle observe que les kinésithérapeutes prévoient leur activité en fonction du risque infectieux, choisissant de commencer leur matinée par des patients fragilisés et de terminer par des patients atteints de bactéries multi-résistantes. Par l'écrit et l'oral, les kinésithérapeutes se transmettent

4. Cadre de Santé kinésithérapeute, CRF, Ile de France

5. Cadre de Santé kinésithérapeute, CHU, Sud Ouest.

6. Kinésithérapeute, Centre de Ressources et de Compétence Mucoviscidose, CHU Ile de France

# Praticoscope

## Infections nosocomiales et /en kinésithérapie (fin)

→ Pierre Henri Haller & William Sraïki, cadres kinésithérapeutes

autant les informations cliniques que la situation infectieuse des patients. M-C. Sintès rapporte les mêmes logiques de soins en secteur adulte, par exemple lors des permanences de soins des week-ends et jours fériés. Elle note que ce sont les milieux « réa » et « respi » qui sont les plus sensibilisés, du fait de la gravité des patients mais que l'info se généralise aux autres services de soins comme l'affichage de la plaquette signalétique du protocole Hygis. Ce qui était du bon sens est devenu pour E. Da Costa Noble une confirmation par les études cliniques à propos de la mucoviscidose : « par l'hygiène, on peut sauver des vies et permettre à des enfants une espérance et une qualité de vie plus grande ».

Pour autant cette prise de conscience à l'hygiène n'est pas partagée par tous. Comme H. Cullin, Cécile Picard<sup>(7)</sup> observe que les précautions standard sont bien intégrées par les kinésithérapeutes en CRF, mais s'indigne devant des oublis de désinfection des mains chez d'autres professionnels de santé. Elle rappelle que les établissements de santé ont fait beaucoup d'efforts. Depuis dix ans, se sont constitué des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), qui s'articulent avec des équipes opérationnelles constituées d'experts, et des référents de service. Leurs efforts sont mesurés par des audits et des indices nationaux.

M-C. Sintès insiste sur la qualité du travail des référents. En tant que kinésithérapeutes confrontés aux

réalités du terrain, ils sont à même de repérer les risques infectieux, de les rapporter aux experts et de transmettre des réponses sous forme de protocoles adaptés à leurs pairs, en lien avec l'encadrement. Elle souligne que les recommandations sont alors mieux comprises et mieux mises en pratiques.

C. Picard évoque aussi l'intérêt d'audit interne à vocation pédagogique, réalisé par les professionnels de l'établissement dans un autre service que celui d'origine. Enfin H. Cullin évoque l'hygiène comme une porte ouverte en management comme en formation vers une amélioration constante de qualité et de la sécurité de soins.

Tous s'entendent pour promouvoir les « précautions standards » à tous les kinésithérapeutes et aux étudiants dès les mises en situations de formation initiale : tenues de travail, lavage des mains, frictions aux SHA, nettoyage des plans de travail et du matériel...

S'il reste scientifiquement difficile de valoriser les efforts des kinésithérapeutes, M-C. Sintès observe par exemple que les mains porteuses de lésions sont systématiquement protégées, que les bijoux ont disparu des mains, que les tenues sont fermées avec possibilité d'une surprotection et que chacun porte sur lui ou a à sa disposition un flacon de SHA. La prise de conscience se fait autant par la compréhension des enjeux de santé individuelle et de santé publique, par les démonstrations de lavage de mains et la visualisation des zones

mal lavées avec les lampes UV, et par les liens interprofessionnels entre hygiénistes, référents, et praticiens rattachés au CLIN.

Il convient ensuite d'identifier les risques liés de patients spécifiques - patients aux âges extrêmes de la vie, en situation de réanimation ou de cancérologie, immuno-déprimés ou sous corticoïdes, porteur de bactéries multi-résistantes en fonction de différents type d'activités (chambres, plateau technique avec surfaces et matériel, balnéothérapie...) qui nécessitent d'éventuelles précautions particulières (isolement septique, isolement protecteur, flux de l'eau, de l'air, des déchets, du matériel...) et de s'appuyer sur les recommandations existantes<sup>(8)</sup>.

H. Cullin rappelle que si l'hygiène nous concerne tous, elle doit garder une juste mesure et préserver le patient. La signalétique est nécessaire à l'identification des situations à risque mais l'hygiène ne doit jamais devenir stigmatisante. L'isolement infectieux ne justifie pas de considérer le patient comme un « pestiféré ». Expliquer au patient le pourquoi de nos masques et sur-blouses lors des soins, relève d'une attitude professionnelle responsable, qui maintient le lien humain lors de la rééducation. L'éthique nous permet de servir la relation thérapeutique auprès de l'Autre, sujet de soin, malgré son infection. Elle nous permet ainsi de concilier l'exigence du maintien de l'accès du patient à des soins de qualité dans des conditions où les précautions d'applications préservent toutes les chances d'innocuité.

7. Cadre de Santé Kinésithérapeute, CRF, Rhône Alpes

8. Recommandations CCLIN-Paris Nord [www.cclinparisnord.org/Guides/guideMasseKine.pdf](http://www.cclinparisnord.org/Guides/guideMasseKine.pdf) CCLIN Ouest [www.cclinouest.com/PDF/reeduc.pdf](http://www.cclinouest.com/PDF/reeduc.pdf) CCLIN Sud Ouest <http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/kine.zip>

# 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 Cottret, délégué général de la Fondation, nous en disent plus...

### Une Fondation MACSF... pourquoi ?

**Yves Cottret:** 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, parfois, 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.

MACSF assurances - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse postale : 19 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 LA DÉFENSE CEDEX - SIREN N° 775 665 631.

## Un projet vous tient à cœur ?

Renseignements sur [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)



Sociétés fondatrices

Assureurs mutualistes

Au service de tous les professionnels de la santé



FONDATION



Plus de 8 000 lecteurs Et vous ?



# Kinéscope

la revue des kinésithérapeutes salariés

Recevez gratuitement de façon sûre, chez vous\*

**BULLETIN d'abonnement gratuit :**  
**À SAISIR EN MAJUSCULE SVP**

MR MME MLLE      Nom : ..... Prénom : .....

Diplôme : ..... Fonction : ..... Service : .....

Etablissement : .....

Adresse personnelle\*\* : .....

**À RETOURNER À : Collection SCOPES / Cithéa - 178 quai Louis Blériot - 75016 Paris**

\* sur simple demande