

kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

JNKS
QUIMPER 2010
Pré-programme
P02

2010



Kinésithérapie & formation :

quelle(s) réforme(s) ? P06

→ P09 L'organisation apprenante

→ P13 L'étudiant-apprenant

→ P19 La formation professionnelle continue

Sept - Oct 2009
n°16



S
collection
copes

Cultures et métiers de la santé

SYNERGIE SANTE



PRE-PROGRAMME

Mercredi 21 avril 2010 am
Au cœur de la formation

Jeudi 22 avril 2010 m
Au cœur de l'orientation

Jeudi 22 avril 2010 am
Au cœur des pratiques

Vendredi 23 avril 2010 m
Au cœur de l'évaluation

Vendredi 23 avril 2010 am
Au cœur de la recherche

Plus d'infos sur
www.cnks.org

PARCOURS de ou en SANTE & KINESITHERAPIE

Un métier et des hommes ... dans leur(s) champ(s) d'exercice(s)

Champs ! Champs d'activités, champs professionnels, ... ce sont dans tous les cas des espaces où patients bénéficiaires de "cure ou de care" croisent les professionnels de santé générateurs de soins ; des espaces qui interrogent sur le "qui fait... où ? et comment ?" ; des espaces dont on peut - *dont on doit* - se demander s'il sont - *ou s'il faut qu'ils soient* - ratissés largement, creusés profondément ou semés sûrement ? A l'heure de la redéfinition de nos pratiques en activités et compétences, et demain de notre exercice professionnel en missions, ce sujet s'inscrit pour les XIV^{èmes} JNKS dans la poursuite de la réflexion engagée par la trilogie "nos terres, nos champs, nos cultures" des JNKS 2009-2011.

Entre les champs professionnels théoriques ... les activités de santé et les compétences nécessaires à mettre en pratique, se posent entre autres les questions de leur apprentissage initial, de leur perfectionnement et de leur adaptation aux évolutions scientifiques et technologiques. Il faut également interroger leur reconnaissance, leur valorisation et le développement professionnel continu.

"In fine" doit être posée la question de la pertinence de nos activités au regard de la commande sociale.

JNKS Journées Nationales de la Kinésithérapie Salarée -

Session de formation continue organisée par le **CNKS** - Organisme de formation continue n° 11913292175 Code APE 804 C

- NOS TERRES - NOS CHAMPS - NOS CULTURES - NOS TERRES - NOS CHAMPS - NOS TERRES - NOS CHAMPS - NOS CULTURES - NOS TERRES - NOS CHAMPS -

Kaléidoscope :	
Le(s) réforme(s) en cours	P04
Macroscopie :	
Réforme(s) de la formation	P06
au cœur du métier	
L'organisation apprenante	P09
au cœur de la formation	
L'étudiant-apprenant	P13
Parcours de stage	P14
Praticoscope :	
Situation clinique : kézaco ?	P16
au cœur des organisations :	
La formation professionnelle continue	P19
au cœur de la recherche :	
Sciences professionnelles et disciplines	P23
Kinésithérapie et recherche	P24
Au Microscopie :	
Vie du CNKS	P26



Direction de la publication
Yves Cottret
Rédacteurs en chef
Jacques Bergeau, Laurence Josse,



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 :
4^e trimestre 2009
ISSN : 1956-7596

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

Périscope

Un bon formateur a ce souci constant : enseigner à se passer de lui
André Gide



Tous formateurs !

Avec le **développement professionnel continu (DPC)**, qui a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ..., le concept « **formation tout au long de la vie** », initié par la validation des acquis et qui relie la formation initiale et la formation continue, prend tout son sens.

La réingénierie de la formation initiale infirmière et son entrée dans le dispositif LMD sont effectifs depuis la rentrée universitaire 2009. **La réforme des études et l'universitarisation pour la kinésithérapie** pourraient, en l'absence de nouveaux blocages intra-professionnels, s'opérer à la **rentrée 2010**.

La démarche de réingénierie s'avère à plusieurs titres particulièrement intéressante : d'une part dans l'exercice de description des **activités** et d'explicitation des **compétences** nécessaires pour agir ces dernières en **situation clinique**, mais aussi dans l'appréhension d'une réforme à venir : celle de la modification législative indispensable des définitions de nos professions de santé « en missions ». Elle pose cependant à l'évidence, et à l'expérience de nos collègues soignants, la question de son acceptabilité sociale, de sa faisabilité pratique. Pour que cette double réforme puisse être appropriée et s'ancrer rapidement il convient de l'anticiper, de l'accompagner.

Accueillir en stage des étudiants et en devenir - encore plus qu'hier - responsable n'est pas aussi aisé que cela... au moins dans l'imaginaire collectif. Les bases légales, éthiques et déontologiques en santé balisent pourtant depuis toujours ce chemin du compagnonnage... responsabilité, reconnaissance et devoir que de transmettre ! en ce sens nous sommes **tous formateurs**. Nous ne pouvons, dans le même temps, fustiger l'enseignement livresque et nous réfugier derrière le discours « d'un manque de compétence particulière... n'appartenant qu'aux enseignants ». Les **kinésithérapeutes salariés peuvent et doivent** prendre à bras le corps - et l'initiative...en lien avec les instituts - cette opportunité de réconcilier enseignement et formation **dans l'esprit d'une organisation apprenante**.

C'est en tous cas ce à quoi le **CNKS** vous invite (*)...

(*) cf. dossiers réingénierie, organisations apprenantes sur www.cnks.org

Yves Cottret
Président du CNKS



⇒ Loi HPST (*)

La loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a été publiée le 22 juillet 2009. Elle est divisée en quatre titres :

- **modernisation** des établissements de santé (missions, statuts, gouvernance, coopérations : articles 1 à 35),
- **accès** à tous aux soins de qualité (organisation des soins, coopérations entre professionnels de santé, ordres professionnels, télémedecine, articles 36 à 80),
- **prévention** et santé publique, (prévention des facteurs de risques pour la santé, éducation thérapeutique du patient, lutte contre les troubles du comportement alimentaire, articles 80 à 115),
- **organisation** territoriale du système de santé (Agences Régionales de Santé, missions et compétences, planification, organisation, inspection, représentation des professions, articles 115 à 135).

Parmi les principaux axes de la réforme : • une organisation des soins optimisée pour les patients,

- des professionnels mieux formés, responsabilisés et reconnus, • une meilleure organisation territoriale,
- des établissements adaptés à leurs missions, • une politique nationale de santé publique.

Les décrets d'application sont en cours de discussion.

⇒ Certification (*)

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la procédure de certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement.

La version 2010 représente une importante évolution des modalités de certification. L'objectif est d'offrir au système de santé un dispositif qui apporte une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics :

- la **certification** doit délivrer une information accessible et claire à destination des usagers ;

- elle **doit** renforcer sa place en tant qu'outil de management interne aux établissements ;

- elle **doit** créer les conditions d'un intérêt à agir des professionnels de santé ;

- elle **doit** enfin assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité.

Les résultats de certification doivent devenir l'élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

⇒ L'Accident Vasculaire Cérébral : priorité de santé publique (*)

Le docteur Elisabeth Fery-Lemonnier, conseillère générale des établissements de santé a présenté le 9 octobre dernier un rapport destiné à améliorer la prise en charge des patients victimes d'AVC et à développer la prévention. L'AVC est une priorité de santé publique mésestimée, d'importants efforts d'organisation ont été réalisés à ce jour, mais des points faibles subsistent.

Les orientations retenues :

- le **développement** de la prévention et de l'information,
- l'**organisation** d'une meilleure prise en charge des patients,
- l'**amélioration** de la qualité de la prise en charge,
- le **pilottage**, le suivi et l'évaluation du dispositif.

Dans le cadre de la mise en place des ARS, l'AVC sera intégré dans le plan régional de santé. Un comité national de suivi sera mis en place pour décliner les préconisations du rapport.

Ces orientations seront détaillées dans le cadre d'un « plan d'action AVC 2010-2014 » qui sera présenté fin 2009.

Pierre-Henri Haller

Le(s) réforme(s) en cours

→ Pierre-Henri Haller, cadre de santé kinésithérapeute
Eric Roussel, coordonnateur général des soins

➤ Mission cadres hospitaliers : un rapport « de Singly » qui ouvre de belles perspectives...

C'est le 11 septembre dernier que Chantal de Singly a rendu le travail demandé par la ministre de la santé sur les missions, rôles, recrutement, sélection et formation des cadres hospitaliers. Après 5 mois d'auditions, de rencontres, de réflexions avec des groupes d'experts et d'expression libre sur le blog du ministère Chantal de Singly fait 36 propositions organisées autour de 6 axes pour :

- une **réelle politique managériale** au sein de chaque établissement,
- une **reconnaissance universitaire** de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier,
- une **dynamique régionale de développement des compétences** managériales et de soutien des cadres,
- un **accompagnement national des projets** et des innovations conduits par les cadres,
- **valoriser les niveaux de responsabilité** des cadres par les statuts et les rémunérations,
- **porter et piloter les suites** de la mission.

Nombreuses sont les propositions qui reprennent les engagements du **CNKS**. Dans cette brève retenons en 3 (le choix est difficile).

La **première** est fondamentale et structurante en incitant les établissements à définir et partager une ligne et une vision managériales claires sur la position de tous les cadres (dont les médecins) et les circuits de décision.

La **deuxième** ancre le développement managérial dans l'évaluation des pratiques professionnelles (et en l'occurrence celles du management).

La **troisième** concerne la création d'instituts régionaux ou inter-régionaux de formation de l'ensemble des cadres

hospitaliers (y compris les médecins). Cette proposition est le prolongement, l'aboutissement de la démarche engagée par le décret d'août 1995 et répond à l'évidente nécessité d'une coopération interprofessionnelle renforcée.

Seule une proposition nous paraît décalée et manquer d'ambition. Elle concerne la création d'un collège cadre au sein des CTE. Si cette création peut paraître pertinente, c'est bien évidemment au sein des CME qu'elle doit voir le jour, seul lieu d'élaboration du projet médico-soignant.

Vous l'avez compris il faut lire le rapport de Singly, s'en inspirer et répondre présent, au plan national comme au plan régional, pour aider à porter et piloter les suites de la mission.



➤ Le métier de masseur-kinésithérapeute : un rapport de l'ONDPS, en demi-teinte.

A l'issue d'une enquête de plusieurs mois faite d'une analyse documentaire et de données statistiques sur la profession, d'entretiens auprès de représentants des organisations professionnelles, de praticiens en exercice (46 dont 13 salariés) et d'étudiants (12) en fin de formation, le cabinet d'audit en charge de l'étude vient de rendre son rapport. Sa lecture laisse une impression pour le moins partagée. Le lecteur y appréciera l'approche sans

tabou des non-dits professionnels tels que la légitimité discutable d'une pratique exclusive du massage, la filiation non reconnue entre l'ostéopathie et la masso-kinésithérapie, l'exercice aux limites du thérapeutique ou, quoiqu'en disent certains, l'empirisme délétaire de nos actes professionnels. De même l'approche démographique pose quelques questions pertinentes sur les effets probables des évolutions réglementaires chez nos voisins européens.

En revanche nous regrettons la catégorisation très discutable des bénéfices de la masso-kinésithérapie selon les champs d'exercice. Taxonomie dans laquelle la traumatologie, l'orthopédie et la kinésithérapie respiratoire tireraient leurs marrons du feu tandis que la neurologie serait vouée aux affres de résultats aléatoires (empirisme quand tu nous tiens). Enfin, et ce n'est pas le moindre défaut de ce travail, le parent pauvre de ce document est une fois encore l'exercice salarié. Nous en voulons pour preuve la synthèse en début de rapport dans laquelle, sur 15 pages, 8 lignes sont royalement accordées à l'analyse de l'exercice en institution. De même nous passerons sur les « clichés » bien connus qui émaillent le rapport et qui nous font dire que l'on n'est jamais mieux servi que par soi-même. C'est donc bien aux kinésithérapeutes salariés de travailler à la reconnaissance de leurs rôles et missions en multipliant les recherches sur leur exercice.

Eric Roussel

(*) www.cnks.org : pour en savoir plus, télécharger les documents cités et connaître les analyses du cnks.

→ Réingénierie de la formation initiale en masso-kinésithérapie : le point sur les travaux

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a créé la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Deux ans plus tard, la loi du 04 mai 2004 a complété le dispositif en facilitant à tous, l'accès à la formation tout au long de la vie. Dès lors, pour chaque métier, il devint nécessaire d'établir un référentiel d'activités dans le but de déterminer les compétences requises pour exercer chacun d'eux puis les savoirs nécessaires à leur développement.

Ainsi le lien était fait entre référentiel de savoirs, compétences et activités, ce qui permet aujourd'hui de valider tout ou partie d'un diplôme à partir de l'indentification des savoirs issus de l'expérience.

C'est le même processus qui est utilisé aujourd'hui dans le cadre de la réforme des formations initiales des paramédicaux. Aujourd'hui le groupe de travail, constitué des différentes organisations représentatives ainsi que de sociétés savantes de la profession de masseur-kinésithérapeute et piloté par la DHOS, est en

train de réaliser le futur référentiel de formation.

Le référentiel d'activités fut rédigé en 2008, le référentiel de compétences le fut lors du premier semestre 2009. Il affiche 10 compétences, allant de l'élaboration du diagnostic kinésithérapique à la formation des professionnels en passant par la conception et la conduite d'un projet d'intervention, la coordination, la recherche, l'éducation à la santé... Il est à noter que sur ce dernier point, bien que la conception et la



conduite d'une démarche d'éducation fasse partie intégrante de l'intervention en kinésithérapie, le groupe de travail a souhaité isoler cette compétence (compétence 4), dans l'objectif de souligner son importance au regard de la marginalisation de celle-ci ces dernières décennies.

Il va de soi qu'un nombre non négligeable de compétences sont transversales entre les différents professionnels paramédicaux. Cet espace s'avérera être la clé des coopérations interdisciplinaires attendues et souhaitables dans un proche avenir. Actuellement, les travaux sont centrés sur l'élaboration du référentiel de formation.

L'objectif étant de définir, dans un premier temps un socle de connaissances, puis permettre le transfert de ces connaissances dans différentes situations d'application (conceptualisation) et enfin d'apprendre aux étudiants à apprendre. La méthode consiste à identifier une ou plusieurs situations professionnelles clés permettant la mobilisation de ces compétences, puis d'identifier les savoirs nécessaires à leur mise en œuvre. Dans le même temps, au regard de l'intégration au dispositif LMD, les savoirs sont organisés en domaines puis en unités d'enseignements, elles-mêmes mises en cohérence avec les ECTS correspondant par semestre.

L'articulation des apprentissages avec les situations professionnelles se fait en trois paliers :

- « comprendre » (compréhension de la situation et du résultat attendu),
 - « faire » (capacité à agir et à apprécier le résultat de son action),
 - « transposer » (conceptualisation et adaptation à de nouvelles situations). Aujourd'hui les "situations clé" ont été définies, et les savoirs sont en cours d'organisation en sept domaines :
- sciences biologiques et médicales
 - sciences humaines, sciences sociales
 - économie, droit et gestion (dont santé publique)
 - sciences et techniques en kinésithérapie (Fondements et méthodes)
 - sciences et techniques en kinésithérapie (interventions)
 - méthodes et outils de travail :

Réforme(s) de la formation

→ Jean Luc Gerardi & Jacques Bergeau, directeurs d'ifmk

statistiques, anglais, TIC, aide à l'apprentissage pour les étudiants, (initiation à la recherche)

• **intégration des savoirs et développement professionnel / professionnalisation**

Les premières unités d'enseignement ont été posées à ce stade.

A l'issue de la rédaction détaillée de ces unités d'enseignement (en cours), il restera à finaliser le référentiel d'évaluation à peine entamé qui aura pour objet de définir les critères et les indicateurs. Il est extrêmement important d'évaluer le temps nécessaire à un étudiant pour développer l'ensemble

de ces compétences, ce travail qui n'a jamais été réalisé dans notre profession semble être le préalable indispensable aux négociations actuelles. Enfin, la mise en place de cette réforme dans les instituts devrait intervenir dès septembre 2010.

Kinéscope rapporte sous forme d'interview l'analyse du bureau du CNKS à l'aune des rapports de ses divers représentants dans le groupe de réingénierie.

Pour le CNKS quelle avancée semble la plus significative ?

Sans hésitation la **définition des COMPETENCES** avec un consensus apparent quant à leur identification et leur écriture. Même si quelques questions subsistent sur le découpage des compétences 3 et 4.

Quel point positif le CNKS retient-il de cette démarche ?

Une **méthodologie « puissante et organisatrice »**, identique voire commune à toutes les professions paramédicales, qui forme un ensemble théorique fort permettant de « dégager du spécifique » à toute profession ... à condition d'entendre qu'il y a du « partagé ».

Quelles sont les difficultés perçues par le CNKS ?

Le « niveau de sortie, de valence universitaire » pour le DE n'est pas vraiment fixé (pour les autres professions que infirmiers) ; mais il est sous entendu au niveau licence ce qui ne fait pas l'unanimité du groupe - les uns voulant licence, les autres M1 quand d'autres encore souhaitent M2 -

et crée de la réticence dans le groupe... Cette réticence freine le processus. Pourtant, comme dans toute démarche scientifique, il nous semble que **l'adhésion à la théorie, aux concepts et aux outils est un préalable indispensable**. Il ne nous paraît pas possible d'adhérer à moitié à ce modèle ou de suivre à moitié la méthodologie. La défiance est le frein principal et nuit au travail du groupe.

Il faudrait **nous approprier la méthodologie** dans son intégralité et **aller jusqu'au bout de la démarche, quitte bien sûr à critiquer le résultat** obtenu. Un épisode « remarquable » a été constitué par le **retrait actif de certains représentants** de la profession. Cela a modifié la composition du groupe, affaibli sa légitimité et sa capacité de production. Cela a freiné l'avancée des travaux.

Un autre point est la **géométrie variable du groupe** de travail et son manque de cohésion. L'absence de certains représentants aux réunions modifie également la composition du groupe et freine l'avancée des travaux ; à noter que le ministère n'impose aucune règle.

Si le groupe de travail des ergothérapeutes se réunit en dehors des séances au ministère il n'en est pas de même du groupe de travail des kinésithérapeutes. Pour leurs parts les représentants du cnks et de l'unakam se concertent et produisent ensemble des propositions.

Comment le CNKS voit-il l'avenir de ce processus ?

Les ergothérapeutes, qui ont démarré le processus après nous, sont aujourd'hui plus en avance que nous : ils ont déjà validé leurs référentiels d'activités et de compétences et ceux-ci ont été présentés publiquement. Espérons que le processus va aboutir. Nous avons conscience que ce n'est qu'un commencement : il va nous falloir accompagner ces changements profonds. En repoussant la validation des référentiels à la fin du processus (nous sommes le seul groupe à avoir agi ainsi), n'avons-nous pas pris le risque d'une non validation finale ? N'allons-nous pas rater le train de la réforme en cours ?

À la MNH, vous composez votre couverture santé !



Avec la nouvelle garantie santé Choisy, c'est la liberté de choisir vos prestations selon vos besoins et votre budget.

Et jusqu'au 31 décembre 2009, si vous avez au plus 30 ans, la MNH vous offre 3 mois de cotisation*.

CHOISYA

Pour en savoir plus et obtenir votre étude personnalisée, rencontrez votre correspondant MNH, connectez vous sur **www.mnh.fr** ou appelez le

N°Cristal 09 69 32 45 00

APPEL NON SURTAXE

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.



* Offre réservée aux professionnels de la santé et du social âgés de moins de 30 ans ou qui auront 30 ans au cours de l'année de prise d'effet de l'adhésion et n'ayant pas été couverts par la MNH au cours des 24 mois précédant la prise d'effet du contrat. Valable jusqu'au 31/12/09, pour une adhésion prenant effet entre le 01/01/09 et le 01/01/10 en garantie Bonsai, Pastel, Belombra, Pavia, Nyssa ou Choisy. La promotion s'applique à l'ensemble des bénéficiaires inscrits en même temps que l'adhérent principal. Non cumulable avec d'autres offres promotionnelles.

→ L'organisation apprenante : vecteur du changement des paradigmes de la formation ?

Le séminaire de réflexion interprofessionnelle UIPARM début octobre avait pour objet d'interroger les liens & voies d'anticipation pour la mise en œuvre de la nouvelle logique des formations paramédicales en posant comme axiomes d'une part que **activités et compétences** réalisaient des **nouveaux paradigmes** pour les formations paramédicales et d'autre part que le **concept d'organisation apprenante** - appliqué aux instituts et aux hôpitaux - pouvait **accompagner les (r)évolutions** annoncées.

Philippe Le [Université d'Angers, LARGO] indique, de cette notion qu'il estime encore floue et distincte de l'apprentissage organisationnel, « qu'il n'y a pas de véritable consensus au niveau de sa définition même et de ses perspectives, de sa conceptualisation et méthodologie ». Chercheurs et praticiens en font le modèle de demain au sein duquel la capacité d'apprentissage est la seule source d'avantage concurrentiel durable. Ce modèle est-il déjà, peut-il, doit-il s'appliquer aux lieux de formations initiales en santé ?

L'organisation apprenante [OA] est un concept de management en lien avec la chute de l'industrie dans les pays occidentaux (diminution des matières premières) et la prise de conscience que leur richesse aujourd'hui est avant tout de la "main d'œuvre" intellectuelle. C'est le concept "on n'a pas de pétrole mais on a des idées". D'où la nécessité de gagner en efficience par une amélioration constante et rapide des process de production en réfléchissant mieux, plus vite et ensemble. Pour cela, il faut que l'organisation puisse produire mieux et plus collectivement. C'est comme cela qu'un changement paradigmatique s'opère au niveau de la compréhension des modes d'organisation des entreprises. On va parler de **compétences collectives**, de **mémoire collective**, d'**intelligence collective**, de **créativité**, ...

Cela rompt avec un modèle managérial bureaucratique pour permettre aux équipes (des individus ensemble vers un même objectif) de tracer leur activité, de l'analyser, de la comprendre, de la modifier, de la mémoriser,

de l'améliorer, ... La **démarche qualité** est un des outils qui permet à l'entreprise de rentrer dans cette nouvelle organisation apprenante à condition de connaître des modèles pertinents d'analyse de l'activité, de la compétence, de la mémoire, de l'intelligence. Aujourd'hui, avec le turn-over important, le papy boom, le cycle des produits qui se raccourcit, il semble important de tracer les compétences individuelles, de les étudier dans le contexte collectif de la production globale. A quoi sert un agent super compétent, si l'agent qui complète l'activité du premier est plus nul que nul ? Il s'agit de comprendre comment avec ces deux agents on peut arriver au bon résultat. On va étudier et travailler davantage les compétences collectives de l'organisation que les compétences individuelles des individus qui y travaillent. Il y a donc un changement d'échelle par rapport à la psychologie individuelle. A l'hôpital, pour faire court, la finalité c'est la production de soins. Depuis 1996 la mise en place de la démarche qualité permet de formaliser les process, décrire les activités, d'évaluer les résultats, On peut maintenant travailler le management pour gagner en efficience grâce à l'OA. Un institut de formation forme des individus ; on pourrait dire qu'il produit des compétences individuelles. Aujourd'hui, il n'y a pas encore - ou trop peu - une culture de la qualité dans les instituts de formation, même si tout le monde fait du mieux qu'il peut. Introduire cette culture de la qualité serait un premier pas vers l'OA. Et ce d'autant plus, qu'aujourd'hui les compétences que les étudiants construisent individuellement se réalisent en deux lieux distincts et parfois même étanches : les instituts de formation et les lieux de stages. Pour gagner en efficience, et donc que chaque étudiant acquière les compétences nécessaires et suffisantes pour exercer au moindre coût, il faut identifier collectivement le process de formation, le décrire, le tracer, l'évaluer, l'améliorer, ... C'est peut-être l'identification formelle de ces deux lieux de formation et les prérogatives de chacun qui vont obliger les instituts de formation à mieux formaliser leur process de production ... pardon de formation ! Et cela commence - au-delà de la planification et du projet pédagogique programmatique - par la formalisation de son projet de formation en lien avec les étudiants et les lieux de production de soins ... un élément incontournable pour les bénéficiaires de formation et leurs accompagnants mais aussi pour répondre aux exigences des procédures d'accréditation et de certification des instituts ... en préparation !

au cœur du métier

Jacques Bergeau, directeur d'ifmk

→ Des instituts de formation apprenants.

UN INSTITUT DE FORMATION EST-IL UNE ORGANISATION APPRENANTE ?

Clairement, non. Un institut de formation est avant tout, comme son nom l'indique, un lieu de formation où les étudiants sont accompagnés dans l'acquisition des connaissances et des habiletés attendues dans le cadre d'un diplôme professionnel.

Un institut de formation doit assurer un double accompagnement, de la « formation académique » à l'institut et de la « formation clinique » en lien avec les terrains de stage. Lors de cet accompagnement, des enseignements sont dispensés – en particulier des savoirs théoriques abstraits et des savoir-faire – et des actions de formation engagées qui visent à apprendre à apprendre. L'organisation d'un institut de formation est donc surtout de type « enseignante », en rapport avec sa mission.

De plus, tout savoir est toujours le savoir de quelqu'un. Même s'il est conservé dans la bibliothèque de l'institut de formation ou sur des supports numériques, il n'existe pas, en tant que savoir, si nul n'est capable de le déchiffrer, de le comprendre et de l'endosser (Perrenoud, 1998). Ainsi, chaque membre de l'équipe de l'institut détient des informations et des savoir-faire qui lui sont propres. Si ces informations ou savoir-faire sont essentiels au fonctionnement de l'institut, alors tout départ ou toute absence du personnel qui les détient peut être préjudiciable à l'accomplissement de la mission.

UN INSTITUT DE FORMATION DOIT-IL DEVENIR UNE ORGANISATION APPRENANTE ?

Oui, il devrait montrer l'exemple. A partir de l'analyse conjointe d'un incident de fonctionnement, les membres de l'équipe apprennent à développer une organisation apprenante pour faire face à tout nouvel incident. Les membres de l'équipe apprennent à inspirer et à soutenir le projet pédagogique de l'institut de formation. Les membres de l'équipe développent une communauté de pratiques, en lien avec la mission principale. Par exemple, la pratique de l'accueil et des relations interpersonnelles avec les étudiants, les formateurs et enseignants vacataires.

Une organisation apprenante interconnectée se crée simultanément dans toutes les couches de l'organisation.

Par exemple à travers l'écriture conjointe d'une procédure qui concerne à la fois le département formation, le secrétariat et la direction. L'intelligence individuelle des personnels ne suffit pas, une intelligence collective est une condition nécessaire ; elle suppose des coopérations intellectuelles des membres de l'équipe et la mutualisation des connaissances, ce qui requiert un système d'information adapté favorisant les flux relationnels et informationnels au sein de l'institut (Zara, 2005). Pour devenir apprenant, un institut de formation crée « sa mémoire » : mémoire de ses métiers, de son organisation, de ses compétences individuelles et de son projet (Barthès et al, 1999).

UN INSTITUT DE FORMATION PEUT-IL DEVENIR UNE ORGANISATION APPRENANTE ?

Sans doute oui, mais il existe de nombreux freins. Un institut ne peut devenir apprenant seulement s'il le décide : une telle organisation, ouverte et authentique, ne se décrète pas. Si l'apprentissage individuel et collectif représente un moyen d'y parvenir, le levier principal est l'organisation elle-même. Les principaux freins semblent être les routines défensives, l'écart entre les discours et les pratiques et le blocage de l'inventivité.

En définitive, toute organisation est apprenante, mais l'institut de formation apprend-il assez vite pour répondre aux défis qu'il doit relever ? Et pouvons-nous imaginer accompagner des étudiants-apprenants au sein d'instituts apprenants ?



au cœur du métier

Pierre-Henri Haller, cadre de santé kinésithérapeute

→ L'hôpital, institution, organisation et/ou entreprise apprenante ?



S'interroger sur l'hôpital en tant qu'espace d'apprentissage collectif nécessite de réfléchir à quelles occasions se situe cet apprentissage et quels impacts a cet apprentissage sur les pratiques et les individus.

Fondée sur des règles et des interdits implicites, l'institution établit, forme, dure et transmet. (A. Roussillon). Constituée d'acteurs en interaction qui « co-cheminent », l'« auto-organisation » est mouvante (E. Morin). Une organisation évolue, une institution limite et structure. (E. Enriquez). L'institution peut trouver du sens à cet implicite si l'organisation a la capacité d'apprendre collectivement. L'entreprise peut dépasser la logique de l'acte individuel pour penser une activité collective riche de la diversité de chacun. L'organisation « réussie » serait alors une composition de compétences, à la fois assemblages-combinaisons et accords-concessions. (Ph. Zarifian). Cette entreprise apprenante favoriserait des apprentissages collectifs, centrés sur une logique professionnalisante basée sur des compétences. (G. Le Boterf).

La clinique des pratiques et des situations professionnelles favorise des apprentissages expérientiels (Argyris et Schön). Les événements indésirables (dysfonctionnements de permanence de rééducation respiratoire, chute de personne âgée, réponse à une lettre de doléances...) peuvent engager une réflexion collective. Les logiques de filières gériatologiques ou pédiatriques, de fonctions déglutition ou nutrition, d'articulation médico-sociale, de maintien d'autonomie, de d'éducation thérapeutique concourent, par exemple, à ces formation-action collectives qui peuvent être initiées par le praticien. Trop souvent perçues comme des contraintes éloignées du terrain, les

démarches qualité (dossiers de soins, normes d'hygiène, parcours coordonné de soin...) suscitent des compétences collectives. Reste à changer notre rapport à l'évaluation en passant d'une logique de contrôle à une mise en valeur des actions. C'est le sens de l'évaluation des pratiques professionnelles basées sur des débriefings et des retours d'expérience.

Le passage à l'écriture professionnelle permet d'établir un rapport clinique au savoir (C. Blanchard-Laville), de formaliser sa pensée, de capitaliser des expériences et de rendre visible et lisible l'agir professionnel. (M. Cifali). Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont facilité les échanges d'information. « L'écriture connectée » sur des dossiers informatisés, en facilitant les partages interprofessionnels et l'accessibilité de l'information, ont changé les acteurs et les organisations (A. Pilotti).

Face à un futur incertain - évolutions des hôpitaux et de la santé publique - l'entreprise apprenante anticipe et génère des régulations créatrices (Ph. Stevenin). Le cadre de santé, sensible à cette dimension formative de son management, facilite cet apprentissage collectif. Dans ce métier invisible, il repère, invente et accompagne (M. Faroult, J. Bergeau). L'organisation apprenante ne se décrète pas, elle se tisse avec les activités au quotidien et les injonctions paradoxales. Passer d'agent à acteur, voire auteur (J. Ardoino), coopérer à une « communauté d'action » (P. Zarifian), trouver du sens et de l'utilité à son activité (J. Mallet), pourraient aussi être des pistes de prévention de l'épuisement professionnel.

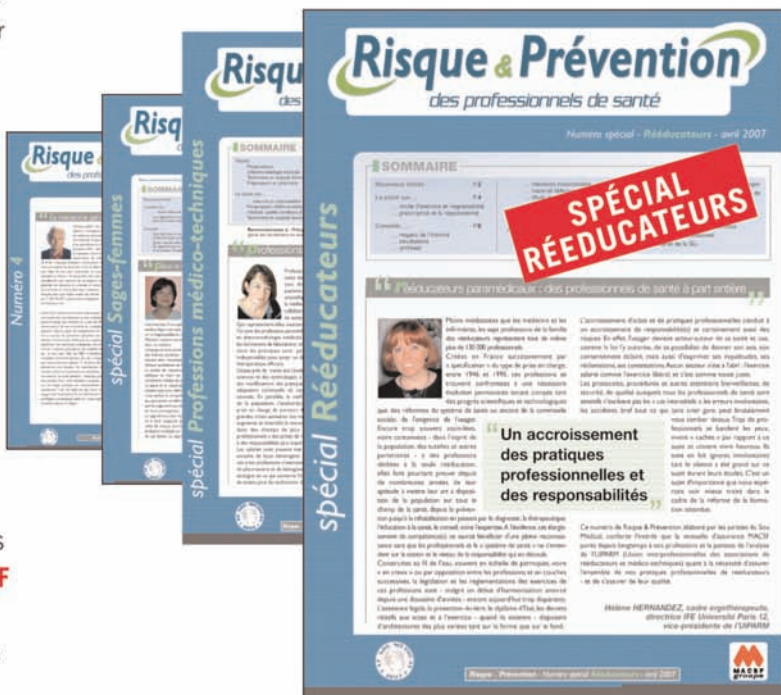
L'entreprise apprenante nécessite dans des projets institutionnels clairs, emprunts de reliance et d'empathie, des logiques de décloisonnement, et une intentionalité des animateurs du changement (J. Mallet). Les enjeux communs et partagés, les valeurs et un langage commun y contribuent (P. Zarifian). Mais il existe des freins culturels : enjeux de pouvoir, de corporations, centralisation de l'information, management peu participatif. Souhaitons que la nouvelle gouvernance hospitalière, les lois de santé publique et les réformes sur les formations participent à dépasser ces limites de l'institution.

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

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

Obtenez gratuitement ces numéros auprès de votre délégation **MACSF** ou commandez-les à l'aide de **"contactez-nous par mail"** en page d'accueil du site **www.macsf.fr**

Collection éditée par le Sou Médical Groupe MACSF
Éditions 2007 & 2008 : infirmiers, aides soignants, **rééducateurs**, médicotechniques



**POUR VOUS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ,
DRH ET RESPONSABLES D'ÉTABLISSEMENTS
(HÔPITAUX PUBLICS ET PRIVÉS, CLINIQUES,
CENTRES DE RÉÉDUCATION, ETC...)**

**POUR VOS OFFRES D'EMPLOI,
CONTACTEZ**

01 53 92 09 00

HOPITAL LOCAL DE LA GUERCHE DE BRETAGNE recherche pour ses services de médecine, SSR et EHPAD :

- un **masseur-kinésithérapeute** à partir du 21 décembre 2009 à 75% ou 100% **pour une durée de 6 mois avec possibilité de transformation en CDI**

Adresser CV et lettre de motivation à :

Monsieur Jaunneau Thierry, directeur
HL de La Guerche de Bretagne, 63, faubourg de Rennes
35130 LA GUERCHE DE BRETAGNE
Tél : 02.99.96.18.86
Mail : grh@hopital-laguerchedebretagne.fr



**L'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation (H.P.R.)
BULLION 78830**

recrute :

- des **kinésithérapeutes**
- un **cadre de santé rééducateur** pour animer son équipe pluri-professionnelle (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens)

**Contact : Amélia BONATO, Directrice des Soins
Tél. 01 34 85 44 52 - abonato@hpr-bullion.fr**

au cœur de la formation

Hélène Bergeau et Jacques Bergeau, directeurs d'ifmk

→ L'étudiant-apprenant

Étudiant est un mot dérivé du latin *studere* qui signifie « s'appliquer à apprendre quelque chose ». Est étudiant celui qui étudie, c'est-à-dire qui applique son esprit à l'étude des sciences, des lettres, etc ...

L'usage actuel du terme étudiant est plus restreint que son étymologie : le plus couramment, étudiant désigne une personne engagée dans un cursus d'enseignement supérieur. Cela renvoie à un statut particulier au sein de la société.

Apprenant désigne tout individu qui est en train d'apprendre, c'est-à-dire d'acquérir des connaissances qui modifient ses représentations. C'est bien ce qui se passe pour l'étudiant. Apprenant est un terme générique par rapport à écolier, élève, étudiant ou apprenti.

Apprenant correspond en anglais à *learner*. La langue anglaise a deux termes pour désigner l'apprentissage : « *learning* » pour le processus d'apprentissage de connaissances et « *apprenticeship* » pour le dispositif de formation à un métier. En français un même terme – apprentissage – désigne l'acquisition de savoirs et de savoir-faire.¹

Initialement, le terme d'apprenant a été réservé à l'adulte, adulte apprenant. Cela renvoyait à l'andragogie « art d'enseigner aux adultes » qui était supposée différente de la pédagogie « art d'enseigner aux enfants et aux adolescents ». Cette distinction n'a plus cours.

L'implantation récente du terme apprenant dans l'usage reflète un changement de vision de l'enseignement où l'apprenant devient le premier responsable de son apprentissage et y exerce un rôle actif.

L'étudiant-apprenant vit une rupture : le passage du statut d'élève à celui d'étudiant.

L'apprentissage à l'université devient une entreprise individuelle où l'absence de feed-back - par rapport au secondaire – contraint l'individu à l'autonomie, voire impose la solitude. L'enseignement universitaire a pour objectif prioritaire de permettre à l'étudiant-apprenant d'acquérir des connaissances et des habiletés transférables dans différents contextes.

Il y a rupture dans les contenus ; ce sont en particulier des savoirs théoriques abstraits, dispensés sans que des



liens apparaissent clairement. Il y a rupture dans les méthodes ; dans le secondaire, les lycéens étaient guidés, contrôlés et l'enseignement était centré sur la personne et sa progression.²

Apprendre est un travail, apprendre est une construction individuelle mais non solitaire.

Seul l'apprenant peut traiter l'information, la mémoriser, la connecter avec d'autres mais en interaction avec ses pairs, ses enseignants, des ressources documentaires. Il y a des choses que l'on ne peut apprendre qu'en les pratiquant, et d'autres que l'on ne peut appréhender qu'en dehors de l'activité professionnelle. Suffit-il de pratiquer pour apprendre ? non, l'expérience est formatrice seulement si les savoir-faire sont recomposés par une réflexion sur cette expérience.

L'apprentissage renvoie à un processus de changement qui apporte une plus-value.

Un étudiant-apprenant n'existe que s'il **s'engage** comme **acteur** dans **son** parcours de formation. S'il est question pour lui de développer des compétences en lien avec un diplôme, ce n'est pas seulement pour trouver du travail mais aussi pour devenir un citoyen responsable et acteur de la vie publique. L'enseignement supérieur poursuit des objectifs d'éducation globale, notamment la formation de citoyens.³

Références :

1. Wemaere J (2007). Les 100 mots de la formation. PUF

2. Frenay M, Noël B, Parmentier P, Romainville M (1998). L'étudiant-apprenant. De Boeck.

3. <http://pedagogieuniversitaire.wordpress.com/2009/06/29/le-proces-sus-de-bologne-jusquen-2020/>

au cœur de la formation

→ Parcours de stage : faire, et ce faisant, se faire...

Du saucisson au chemin

Deux grandes modifications sont incluses dans le texte du 29 avril dernier venant amender, pour la énième fois, l'arrêté du 5 septembre 1989 sur lequel repose encore et toujours notre formation initiale :

- l'apparition de la notion de **"parcours de stage"**,
- la **nécessité de sa validation** pour accéder à l'année supérieure, et pour être présenté à l'épreuve du diplôme d'Etat.

Ainsi se dessine un chemin, du moins une esquisse de continuité venant remplacer la traditionnelle succession de stages indépendants les uns des autres, bornés par un nombre d'heures leur conférant une importance essentiellement quantitative, et imposant la correspondance illusoire entre une période et une discipline.

L'idée de parcours pose fondamentalement, à qui veut l'entendre, un lien reliant chaque stage l'un à l'autre, et évoque un cheminement passant par différents points placés là avec intention et non au hasard. D'ici à imaginer que ce parcours se travaille, se projette, se réfléchit, se tisse et s'évalue, il y a peu, en tout cas, il y a possibilité.

«Les études préparatoires comprennent un enseignement théorique et pratique et un parcours de stages conformes à un programme fixé par voie réglementaire.»¹

Parcours de stage en bref

"Le parcours de stage des deuxième et troisième années est de 1400 heures (40 semaines), dont un minimum de 980 heures de présence (28 semaines) :

a) 700 heures (ou 20 semaines) dans les cinq champs cliniques suivants :

- musculo-squelettique ;
- neuromusculaire ;
- cardio-respiratoire et viscéral ;
- gériatrie ;
- pédiatrie.

b) 280 heures (ou 8 semaines) : autres stages, cliniques ou hors cliniques."²

NDLR : C'est imparfait, c'est hétérogène, mais la tentative d'approche de compétences de rééducateur s'esquisse et l'ensemble peut fonctionner "en parallèle", bien plus qu'"en série".

Un chemin balisé

S'éloignant du vocabulaire médical, quittant ainsi le règne des nobles disciplines organisant l'hôpital, les composantes de ce parcours essayent, de se rapprocher de "rencontres rééducatives" en appelant 5 grandes directions cliniques et ouvrant à des incursions hors cliniques. Ici, "clinique" signifie sans doute, "au lit du malade".

Chemins et territoires

Ce parcours - cette succession de rencontres voulues, peut-être construites - va traverser, si la volonté l'anime, toute la profession, dans ses moindres recoins. Ceci n'est pas sans poser des problèmes assurantiels et juridiques, mais quel oxygène pédagogique !

"Art.11 : ... Ces terrains de stage sont situés dans toutes structures susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant. Ces terrains peuvent notamment être situés dans des structures hospitalières, médico-sociales, de réseau, publiques ou privées, en cabinets libéraux, dans des structures associatives, éducatives, sportives."²

Un chemin de convergence

Ainsi, chaque "lieu de stage", chaque "rencontre de formation" devient une partie d'un tout, la perle d'un collier, la pièce d'un puzzle. Sa condition même change, l'action d'encadrement d'un stagiaire n'est pas fermée sur elle-même, elle est un passage de relais, un maillon au sein d'une évolution. Il se perçoit une possibilité de "chemin de convergence" entre les projets de chaque structure rencontrée, celui de l'IFMK, et, centralement, le projet de formation de chaque étudiant.

"Art.12 : ... L'orientation de ce parcours de stage doit s'organiser autour des trois axes convergents que sont le parcours clinique, le parcours « hors clinique » et le travail personnel."²

Du chemin au mémoire

Et la pensée peut être invitée à embrasser l'ensemble du parcours, à la recherche d'un point de départ d'une réflexion conduisant au mémoire de fin d'études, validant pour moitié, par sa soutenance, le diplôme d'Etat. Il ne s'agit plus de faire un cliché et de le retravailler, jusqu'à le travestir, jusqu'à l'écoeurement, comme auparavant,



il s'agit bien de penser, de tisser sa pensée au long d'un parcours, mêlant les gestes, les actions avec les réflexions, les argumentations. N'est-ce pas le chemin où peut se construire quotidiennement notre profession ?

"Art.14 : Au cours du parcours de stage, l'étudiant doit réaliser un travail écrit de trente pages dactylographiées maximum se référant à l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie au regard d'une situation clinique ou hors clinique, dont le sujet a été co-validé par le directeur de mémoire de l'institut de formation en masso-kinésithérapie et le référent de stage, à l'issue d'une expérience de son parcours de stages."²

Parcours à valider mais...

Trois instants jalonnent ce trajet. A chaque passage le parcours doit être validé :

"Art.8 : Pour accéder à la deuxième année, les étudiants doivent obligatoirement avoir validé chacun des quatre modules et le parcours de stage qui composent la première année.",

"Art.10 : Pour accéder à la troisième année, les étudiants doivent avoir validé chacun des modules ou partie de module à la fin de la deuxième année ainsi que le parcours de stage accompli durant cette année.",

"Art.20 : Pour se présenter à l'examen en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, les candidats doivent : avoir validé chacun des modules ou parties de modules figurant au programme (...); avoir obtenu la validation du parcours de stage (...); avoir réalisé le travail écrit mentionné à l'article 14 du présent arrêté ; être titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité."

Et c'est là que le législateur nous laisse en route, **rien sur le mode de validation du parcours**, tout sur la validation de chaque stage...logique du saucisson ! (cf encadré)

Les tenants d'une alternance froide, étanche, retrouvent là - malheureusement - leurs repères, leurs tranchées. Mais la porte est grande ouverte à de belles situations d'évaluation, regroupant à l'IFMK ou ailleurs stage et "école", écoutant et débattant autour d'un discours réflexif d'un étudiant retravaillant son parcours à trois reprises, réenglobant à chaque fois l'ensemble, ramassant juste avant le mois de juin ses trois années, son parcours de formation.

... mais aussi, penser et, ce pensant, se penser.

(*) Cadre de santé mk, directeur de l'ifmk VH (Paris), docteur sciences de l'éducation, président de l'UNAKAM.

1 - Décret n° 494 du 29 avril 2009

2 - Arrêté du 29 avril 2009

"Art.12 :

La validation du stage clinique est prononcée par le référent au vu de :

- l'assiduité au stage ;
- la participation de l'étudiant à l'activité de masso-kinésithérapie, en fonction de l'objectif de formation établi conjointement par l'institut de formation en masso-kinésithérapie, le lieu d'accueil du stagiaire et l'étudiant.

Une démonstration pratique peut être adjointe à cette validation en accord avec le directeur de l'IFMK.

La validation du stage « hors clinique » est prononcée par le référent au vu de :

- l'assiduité au stage ;
- la participation de l'étudiant à une activité en lien avec la formation du masseur-kinésithérapeute, en fonction de l'objectif de formation établi conjointement par l'institut de formation en masso-kinésithérapie, la structure d'accueil du stagiaire et l'étudiant.²

Le mot clinique vient du mot grec kliné qui désigne le « lit », et signifie « qui se fait au lit du malade ». Avant tout, la clinique fait référence à l'art de guérir les maladies, la médecine. Par extension, d'autres professions de santé explorent et développent leur versant clinique.

L'université de Picardie affiche, dans la présentation de son parcours de master « Ingénierie de la Rééducation, du Handicap et de la Performance Motrice », son objectif de formation de "masseurs-kinésithérapeutes experts cliniciens de rééducation et de réhabilitation". Au printemps 2009 s'est tenu à Paris le X^e congrès européen des infirmières cliniciennes, infirmières spécialistes cliniques et infirmières consultantes.

Un signe clinique

est une manifestation objective d'une pathologie, détectée par le praticien - clinicien - lors d'un examen clinique. On l'oppose habituellement au symptôme, qui est la description subjective faite par le patient d'une manifestation de la même pathologie, telle qu'il la décrit au praticien.

La clinique renvoie donc à l'observation de signes au lit du malade, autrement dit au patient à l'hôpital, exposé aux regards et

confronté à une méthode qui exige une vérification, et permet par cette autocritique à chaque cas renouvelée un apprentissage sans fin.

La clinique n'est pas seulement une affaire d'examen et de démarche diagnostique ; elle inclut la thérapeutique, car le clinicien doit savoir où il va et ce qu'il pourra proposer. La « bonne » clinique n'affine pas un diagnostic pour lui-même mais pour qu'il ait une portée pratique utile au patient ou, en cas de recherche formalisée, aux patients suivants. La clinique se nourrit de chaque cas, de chaque situation, et chaque patient est unique dans les problèmes qu'il pose et les enseignements qu'il apporte.

Dans le domaine de la recherche, **la méthode clinique** – qui s'oppose à **la méthode expérimentale** – est une approche plus inductive, se référant à la totalité des situations envisagées et à l'implication du chercheur, l'observateur faisant partie de l'observation.²

« A propos, quelle est votre situation ? ». A cette question

"Devenir clinicien, c'est se former à être son propre instrument sensible et relève de connaissance, disponibilité et liberté, pour se centrer sur la compréhension de l'autonomie de l'autre"¹

banale, plusieurs réponses peuvent être apportées : situation professionnelle, familiale, socio-économique, géographique, ...

Dans le dictionnaire, le terme situation fait référence en premier lieu à la position géographique d'un emplacement – par exemple à une heure de route de l'hôpital le plus proche. C'est la question posée par les schémas régionaux d'organisation des soins dans une logique de territoire de santé.

Le terme situation renvoie souvent à un emploi rémunéré ou à une fonction dans un groupe ; on peut avoir une belle situation, mais risquer de la perdre si elle n'est pas stable. La situation professionnelle d'une personne témoigne de son identité sociale. Plus largement, la situation désigne l'ensemble des conditions matérielles ou morales dans lesquelles se trouve une personne ou un groupe.

En situation signifie « dans des conditions aussi proches que possible de la réalité ».

En kinésithérapie, les mises en situation professionnelle, désormais hors du cadre des épreuves du diplôme d'Etat, placent un étudiant en situation clinique, que l'on peut appartenir à une **situation-problème**.

Une telle situation devrait **avoir du sens** : interpeller, concerner l'apprenant qui ne se contente pas de reproduire et d'exécuter, **être liée à un obstacle** repéré, défini, considéré comme dépassable et dont les apprenants doivent prendre conscience à travers l'émergence de

Une situation clinique : kézaco ?

→ Anne Pilotti, kinésithérapeute & Jacques Bergeau, directeur d'ifmk

leurs représentations, **faire naître un questionnement** chez les apprenants, qui ne répondent plus aux seules questions du "maître de stage", **créer une ou des ruptures** amenant les apprenants à déconstruire leurs modèles explicatifs initiaux s'ils sont inadaptes ou erronés, **correspondre à une situation complexe** réelle, pouvant ouvrir sur différentes réponses acceptables et différentes stratégies utilisables, **ouvrir sur un savoir** d'ordre général : notion, concept, loi, règle, modèle, théorie, ...

La notion de **situation clinique** renvoie au **processus cognitif** nécessairement engagé de **raisonnement clinique**. Elle n'a d'intérêt que parce ce qu'elle sous-entend la mise en œuvre obligatoire par le praticien de ce processus, apparenté à une résolution de problème. « Le raisonnement clinique commence par l'observation des faits pathologiques, se prolonge par l'interprétation qu'on en fait, se termine par des actions thérapeutiques et l'énoncé d'un pronostic ³ ».

Dans la perspective de confrontation à une situation-problème et de sa résolution, il est possible de différencier deux types de problème, selon la complexité de la situation ^{4, 5} :

- **problème simple** (well structured problem) / tous les indices sont disponibles d'emblée / la solution requiert des tâches familières et inscrites dans les missions / peuvent

être résolus avec un haut degré de certitude / les experts s'accordent sur la nature de la solution correcte / **pour lequel il convient d'appliquer la « bonne » solution,**
• **problème complexe** (ill structured problem) / les indices nécessaires à la solution ne sont pas (tous) disponibles d'emblée / le problème



évolue au cours de son investigation / la solution n'est pas standardisée mais unique / une partie de la solution se situe hors mission / **pour lequel il convient d'élaborer et argumenter l'une des solutions raisonnables.**

Par conséquent il faut avant tout bien observer et analyser la situation, pour mieux y faire face. En effet les situations sont rarement simples et les faits ne nous attendent pas, il faut vouloir les

regarder pour les entrevoir. Il est important d'effectuer un bilan de départ - bilan d'observation - pour pouvoir engager une démarche clinique cohérente et efficace.

La question de la pratique d'un **« bilan de situation »** d'un patient, de sa famille et de ses proches doit faire partie intégrante de la démarche clinique. Un tel bilan doit permettre à une personne d'exprimer ses problèmes principaux, qu'ils soient d'ordre physique, psychologique ou social. On comprend mieux la difficulté de certains étudiants à entreprendre une telle démarche et à entendre ce que la personne exprime : de l'intérêt du parcours de stage bien accompagné, prenant en compte toutes les spécificités du terrain, qui génère ainsi de bonnes fondations pour la « maison professionnelle » en construction.

Des étapes possibles d'un tel bilan de situation sont proposées ci-après.

Rencontrer le patient afin de déterminer rapidement le problème pour lequel le patient est demandeur de plus d'aide, identifier la nature et la gravité du problème, tel qu'il est ressenti par le patient pour élaborer un projet de soins commun, identifier notre rôle de professionnel et notre marge de manœuvre. **Laisser s'exprimer la personne soignée** et s'assurer qu'elle est en mesure de supporter de parler de tel ou tel problème.

Explorer de manière approfondie chaque problème permet de le comprendre et de déterminer la façon dont le patient perçoit le

Une situation clinique : kézaco ?

(suite et fin)

problème et réagit face à ce problème. **Récapituler les problèmes** montre que le clinicien a été attentif, permet de vérifier que rien d'important n'a été oublié et qu'il n'y a pas de quiproquo.

Avec les différents acteurs de santé, engagés dans la relation avec le patient, discuter des temps principaux de cet entretien afin de favoriser la confrontation des points de vue et envisager les coopérations nécessaires.

Analyser la demande – point d'appel : douleur physique, limitation d'activité, ... – et entendre ce qui peut être en jeu derrière une demande ciblée. **Préciser le lieu de l'intervention** – hôpital, centre SSR, cabinet, domicile, réseau, ... – permet de définir les moyens disponibles pour l'évaluation et la prise en soins. **Regarder la**

situation clinique du point de vue : scientifique (kinésithérapie basée sur la preuve), juridique (cadre réglementaire, code de déontologie), social (possibilité réelle de prise en charge), psychologique (annonce du handicap), éthique (morale, ...).

Pour la pratique clinique, un outil de plus en plus utilisé pour décrire et analyser une situation clinique en kinésithérapie est le questionnaire de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001).

Réfléchir et modéliser les situations cliniques que rencontrent les étudiants aujourd'hui, en particulier grâce à la **transcription écrite de l'expérience**, nous permet d'affiner notre raisonnement clinique et de participer à la construction de notre identité professionnelle. ⁶

Références :

- 1 Cochet H (2003). Contribution à la compréhension des processus de constitution d'un regard clinique en formation initiale en masso-kinésithérapie. L'année de la recherche - Collection Pour la Kinésithérapie, pages 25-52
- 2 Clot Y, Leplat J (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. Le Travail Humain, vol 68 n°4,
- 3 Quinton A (2007). L'enseignement du raisonnement clinique. www.crame.ubordeaux2.fr/pdf/enseignementraisonnementclinique.pdf
- 4 Atkinson K, Coutts F, Hassenkamp AM (2005). Physiotherapy in orthopaedics : a problem-solving approach. 2nd edition. Elsevier Health Sciences
- 5 Herbert R, Mead J (2005). Practical evidence-based physiotherapy. Elsevier Health Sciences
- 6 Pilotti A (2005). L'écriture « connectée » des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers. L'année de la recherche, Collection pour la Kinésithérapie, pages 25-32.



Exemples de questionnaire relatif à une position réflexive de la pratique en situation, c'est à dire en situation d'examen et/ou d'intervention kinésithérapique. Dans les deux cas, il s'agit d'une situation clinique, c'est-à-dire de la "saisie singulière" d'un individu « en situation » par un autre individu.

Question 1 : Le ressenti

Comment me suis-je trouvé(e) pendant le premier examen clinique ? par la suite et pendant le traitement ? Mon impression globale...

Question 2 : La relation kinésithérapeute – patient

Comment puis je qualifier cette relation ? Niveau de qualité, plaisir, difficulté, confiance, étrangeté...

Question 3 : Quelles ont été mes décisions ?

Coopération interprofessionnelle, traitement, éducation, prescription, ré-orientation...

Question 4 : Si difficulté dans la prise de décisions : pourquoi ?

Manque de connaissances (savoirs ou savoir-faire), de moyens, d'expérience, ...

Question 5 : De quoi ai-je manqué pour atteindre les objectifs définis ?

(Sans restriction de sujet)

Question 6 : Quels enseignements pour la suite ?

L'analyse de cette situation va-t-elle induire un changement dans ma conduite professionnelle par la suite ?

au cœur des Organisations

Martine Hedreul-Vittet, cadre supérieur kinésithérapeute

→ LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

HISTORIQUE

L'essor de la FPC : la loi n°71.575 du 16 juillet 1971 crée l'obligation nationale de favoriser l'adaptation aux changements de l'entreprise et la promotion sociale. Le congé de formation et le stage deviennent des droits, assimilés au travail. Les différents types d'actions, financés - directement ou par mutualisation au sein de fonds d'assurance formation - par 2,1% de la masse salariale, sont définis : stage de conversion et/ou de prévention, stage d'adaptation, stage de promotion professionnelle, stage de perfectionnement des connaissances, stage de pré-formation ou de spécialisation.

La formation professionnelle continue des agents titulaires et non titulaires de la Fonction Publique Hospitalière est organisée par le décret 90-319 du 5 avril 1990. Elle a pour but : de maintenir ou de parfaire les qualifications professionnelles, d'assurer l'adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail, de favoriser la promotion sociale. Deux types d'actions sont possibles : celles du plan de formation et celles choisies par les agents. Le plan de formation des établissements porte sur des actions de préparation aux concours et examens, des études promotionnelles débouchant sur des diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social, des actions d'adaptation à l'emploi, des actions de conversion. En dehors du plan de formation, les agents ont la possibilité de demander soit une mise en disponibilité pour effectuer des études ou des recherches présentant un caractère d'intérêt général, soit un Congé de Formation professionnelle (CIF) accordé selon certaines règles et permettant d'être partiellement rémunéré.

Système fortement réglementé, contraignant, et d'une efficacité toute relative quant à l'accès de tous à la formation ! L'évolution de l'environnement économique et social, des organisations et la mobilité nécessitent des compétences utiles et un niveau d'employabilité.

Le renforcement du lien entre formation initiale et formation continue s'avère nécessaire.

LA FORMATION CONTINUE TOUT AU LONG DE LA VIE

Elle est définie par la **loi n°2004-391 du 4 mai 2004** relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social. La formation **reste une obligation**. Elle a pour objet de favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs, le maintien dans l'emploi, le développement des compétences et contribuer au développement économique et culturel ainsi qu'à la promotion sociale. Les actions de lutte contre l'illettrisme en font partie.

L'accès des salariés en est assuré à l'initiative soit de l'employeur (plan de formation) soit du salarié (CIF ou CFP) avec une nouvelle possibilité dans le cadre du Droit Individuel à la Formation (DIF).

Le DIF est inscrit dans la loi : tout salarié titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée et disposant d'une ancienneté d'au moins un an bénéficie d'un droit individuel à la formation d'une durée minimale de 20 heures par an avec possibilité de cumul sur 6 ans plafonné à 120 heures. Des accords de branches dans le privé, un décret dans le public en fixent les modalités. Il est mis en œuvre à l'initiative de l'employé avec accord de l'employeur, fait l'objet d'une convention écrite de réalisation, s'inscrit dans le plan de formation de l'entreprise (promotion, développement de compétences, perfectionnement). Le stage peut se dérouler en partie, totalement ou en dehors du temps de travail. En dehors du temps de travail, l'employé bénéficie de la législation de la sécurité sociale et perçoit une allocation de formation. Par ailleurs, en cas de licenciement ou de mutation, le DIF est transférable. L'employé en CDD peut en bénéficier à l'issue d'un délai de 4 mois.

Le plan de formation comprend toutes les actions permettant :

- l'adaptation au poste de travail en lien avec l'évolution des emplois (actions mises en œuvre pendant le temps de travail),
- le développement de compétences (actions réalisées sur le temps de travail et si c'est à la demande de l'employeur, c'est toujours le cas, ou hors temps de travail selon les modalités du DIF).

La nouvelle législation prévoit l'obligation d'un entretien annuel de formation entre le salarié (N) et son cadre (N+1) permettant son élaboration.

au cœur des Organisations

Les périodes de professionnalisation sont une nouveauté, elles ont pour objet de favoriser, par des actions de formation, le maintien dans l'emploi de salariés en CDI (ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise). Elles sont ouvertes aux salariés dont la qualification est insuffisante au regard des avancées technologiques et organisationnelles ; aux salariés âgés d'au moins 45 ans ou qui comptent 20 ans d'activité professionnelle ; après un congé maternité ou parental. La liste des qualifications accessibles au titre de la période de professionnalisation est déterminée par accord collectif. Le pourcentage de personnes autorisées à être simultanément absents ne peut dépasser 2% du nombre total de salariés (similitude avec le CIF/CFP). Ces actions peuvent se dérouler tout ou partie hors du temps de travail, à l'initiative soit du salarié soit de l'employeur.

Les employeurs doivent consacrer au financement des actions du plan de formation une part minimale de 1,60% de la masse salariale à laquelle il faut ajouter 0,20% au titre du CIF/CFP et 0,50% au titre du DIF et des périodes de professionnalisation. L'adhésion à un Organisme Paritaire Collectif Agréé (OPCA) est obligatoire. Le montant versé à cet organisme dépend de la taille de l'établissement et de ses possibilités à gérer son plan de formation.

Les différents organismes de gestion sont :

- FORMAPH pour l'hospitalisation privée,
- OPCAPL pour les professionnels libéraux,
- OPCA ANFH pour l'hospitalisation publique,
- UNIFORMATION pour les associations,
- UNIFAF pour le secteur sanitaire, social et médico social à but non lucratif.

L'APPLICATION À LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

La loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique introduit les notions de validation des acquis de l'expérience (VAE), de congé de formation pour bilan de compétences, de périodes de professionnalisation et du DIF.

Le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (FPH) développe l'ensemble des dispositions applicables aux personnels.
« La formation professionnelle a pour but de leur per-

mettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité. Elle contribue à créer les conditions d'un égal accès aux différents grades et emplois entre les hommes et les femmes. »

La formation tout au long de la vie comprend des actions, soit à l'initiative de l'établissement soit à l'initiative de l'agent, ayant pour objet :

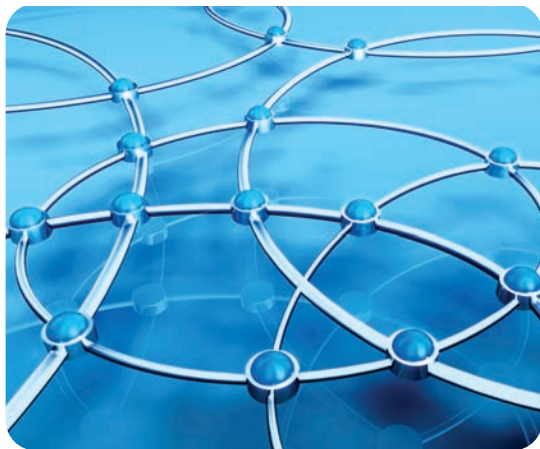
- de donner aux personnes sans qualification une **formation professionnelle initiale** théorique et pratique
- de garantir, de maintenir et de parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer :
 - leur **adaptation immédiate au poste de travail**,
 - leur **adaptation à l'évolution prévisible des emplois (GPEC)**,le développement de leurs connaissances et compétences,
- de proposer des actions de **préparation aux examens et concours**,
- de permettre aux agents de suivre des études favorisant la **promotion professionnelle** débouchant sur des qualifications dans le secteur sanitaire et social (liste arrêtée par décret),
- de proposer des **actions de conversion**, de permettre aux agents de parfaire une formation en vue de réaliser des projets personnels et professionnels (CFP),
- de proposer un **bilan de compétences**,
- de préparer à la **validation des acquis de l'expérience**.

Les agents bénéficient tous les ans d'un entretien de formation permettant de cibler avec leur cadre les actions prioritaires. Un passeport de formation est remis permettant de suivre parcours professionnel, diplômes, qualifications, expériences professionnelles, et formations.

LE PLAN DE FORMATION

Il détermine chaque année les actions de formation organisées par l'employeur ou à l'initiative de l'agent avec accord de l'employeur. Il s'appuie sur les priorités de santé publique, les orientations générales de l'établissement et le recueil des besoins en formation réalisés auprès des agents. Une prévision de coût est faite (prenant en compte l'ensemble des coûts de formation, de structure et de déplacements). Les actions prévues au plan, lorsqu'elles sont à l'initiative de l'employeur, se déroulent pendant le temps de travail et l'agent conserve la totalité de ses droits.

Martine Hedreul-Vittet, cadre supérieur kinésithérapeute



Le DIF

Tout agent bénéficie d'un **droit individuel à la formation** d'une durée de 20 h par an (pour le temps partiel au prorata du temps effectué). Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec l'établissement selon les conditions générales prévues dans la loi. Les formations demandées doivent être celles figurant au plan de formation. Les congés pour VAE et bilan de compétences peuvent y figurer. Elles peuvent être réalisées sur le temps de travail ou hors temps de travail selon l'accord écrit. Si la formation a lieu hors temps de travail, une allocation de formation est attribuée d'un montant égal à 50% du traitement horaire de l'agent. La formation est entièrement financée par l'établissement. Les agents peuvent utiliser ce droit par anticipation à hauteur du nombre d'heures déjà cumulées sans dépasser le plafond des 120 h. Cette anticipation est soumise à un droit de servir égal au nombre d'années anticipées.

PÉRIODES DE PROFESSIONNALISATION

D'une durée maximale de 6 mois elles comportent en alternance, des périodes d'activité et de formation. Elles permettent, en particulier, aux fonctionnaires hospitaliers qui souhaitent exercer de nouvelles fonctions de bénéficier d'une formation professionnelle adaptée. Elles sont ouvertes dans les conditions prévues par la loi mais également aux agents qui envisagent la création ou la reprise d'une entreprise. La période de professionnalisation peut être demandée par l'employeur ou par l'agent. Le départ donne lieu à convention avec engagement (comme pour le DIF) de suivre la formation et de satisfaire

aux évaluations. Cette période correspond à une position d'activité (maintien des rémunérations, droit à retraite...). Les actions de formation peuvent se dérouler en tout ou partie hors du temps de travail dans la limite de 50 heures par an. Dans ce cas, l'agent perçoit une allocation de formation identique à celle du DIF.

BILAN DE COMPÉTENCES

Les agents justifiant d'au moins deux ans de services effectifs, ont la possibilité de demander à bénéficier d'un bilan de compétences auprès de l'organisme collecteur agréé (ANFH pour la FPH). Un congé peut être sollicité auprès de l'employeur. Le report par l'employeur de ce congé ne peut pas excéder 6 mois. Le résultat de ce bilan reste la propriété de l'agent.

ACTIONS DE FORMATION CHOISIES PAR L'AGENT

Les fonctionnaires peuvent bénéficier d'une mise en disponibilité pour effectuer des études ou recherches présentant un caractère d'intérêt général.

Ils peuvent également solliciter un CFP afin de parfaire leur formation personnelle. La durée totale ne peut excéder 3 ans sur une ou plusieurs périodes. La demande doit être formulée au moins 60 jours avant le début de la formation. Elle peut être écartée si le nombre de personnes sollicitant un CFP est supérieur à 2% de l'effectif. Un troisième refus implique la décision de la commission paritaire. Le CFP donne lieu à une indemnité jusqu'à 24 mois dont le montant est différent selon la catégorie (A et B 85% du traitement brut ; C l'indemnité est complétée pendant 1 an à hauteur du salaire brut). Pendant le congé l'agent continue de bénéficier de l'avancement et des droits à la retraite. Ce congé donne lieu à un engagement de servir du triple de la période de formation. Une autre réforme doit renforcer la transparence de fonctionnement des organismes collecteurs, le renforcement des procédures d'évaluation et de labellisation ainsi que la sécurisation des parcours professionnels.

Le système reste complexe et ses possibilités en partie méconnues. Il est important pour tout salarié de questionner les professionnels de la formation sur l'ensemble des actions du plan de formation, les conditions de mise en œuvre du DIF dans l'établissement (conventions, procédures..), les coordonnées de l'organisme collecteur.

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.

Un projet vous tient à cœur ?

Renseignements sur www.macsf.fr



Sociétés fondatrices

Assureurs mutualistes

Au service de tous les professionnels de la santé



au cœur de la recherche

Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute

→ RECHERCHE : sciences professionnelles et discipline...



Au congrès de la SOFMER, à Lyon le samedi 17 octobre 2009, Jacques Vaillant devant des congressistes - médecins et paramédicaux rééducateurs - a posé la question du cheminement de la Kinésithérapie... d'une pratique fondée sur la croyance populaire à une discipline scientifique ?

Il a ainsi rappelé son réel développement depuis le XVIII^e siècle basé sur des pratiques antiques, des pratiques populaires : des pratiques médicales - à l'origine - progressivement confiées à des auxiliaires, la fusion des métiers « masseurs-médicaux » et « gymnastes-médicaux » créant la profession de masseur-kinésithérapeute qui regroupait alors nombre de ces pratiques et indiqué que dans le monde, le même processus social a conduit à la création des physiothérapeutes (physical therapist, physiotherapist).

Il est vrai que les progrès scientifiques, technologiques et les savoirs biomédicaux ont commencé à « re-baser » l'étayage de ces pratiques trop souvent fondées sur l'empirisme.

« Le premier essai clinique - début de démarche de production de savoir à partir de la recherche - est daté de 1929 ! En 1950 on ne compte pas plus d'une centaine de travaux. Mais en 2005 - suite à une démarche scientifique initiée dans les années 1980 en Amérique du nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande - on peut recenser 10 000 essais cliniques » nous apprend-il (figure 1).

Pour autant faut-il, doit-il, peut-il exister une discipline, des sciences spécifiques à la kinésithérapie ?

« La World Confederation of Physical Therapy (WCPT) promeut par ses recommandations le développement de la recherche et de la généralisation d'une formation professionnelle universitaire d'un niveau au moins égal à Master 1, permettant l'accès, au-delà du diplôme d'exercice, à des études scientifiques préparatoires (Masters - MSc) à des doctorats de sciences (PhD) » poursuit-il.

Dans la salle, un commentaire fuse : "tout compte fait vous êtes issus d'une lignée plus noble qu'une partie du corps médical qui descend des barbiers ; cela vous laisse tous les espoirs..."

Force est de constater que si les pays précités et les pays nord-européens ont généralisé cette démarche depuis plus d'une dizaine d'années, la France tarde à s'y engager. **La toute récente circulaire de promotion de la recherche en soins infirmiers qui instaure les « PHRIC » serait-elle un début de réponse ?** Le gouvernement que nous avons saisi aux fins d'une généralisation de la démarche à l'endroit de l'ensemble des paramédicaux et des kinésithérapeutes en particulier saura-t-il entendre cette légitime attente ?

En date du 3 octobre 2009 lors de son dernier conseil d'administration le CNKS a confirmé son engagement dans le soutien à la structure de recherche, constituante du CNKS, dont Jacques Vaillant assure la responsabilité. Ce dernier lors des JNKS Annecy 2009 avait dressé l'état des lieux des éléments de faisabilité d'une reconnaissance de la recherche en ou pour (la) kinésithérapie ; kinéscope pense utile de les publier dans ses colonnes.

au cœur de la recherche

→ Kinésithérapie & recherche

DE PRATIQUES FONDÉES SUR LA RAISON À DES PRATIQUES FONDÉES SUR L'EXPÉRIENCE

A partir de pratiques ancestrales, la masso-kinésithérapie s'est constituée au fil des XIX^e et XX^e siècles, d'abord sur des actes délaissés par les médecins, puis de façon concomitante, par le développement de méthodes nouvelles. Ce corpus de pratiques, ainsi créé, a bénéficié très tôt d'un étayage formulé a priori ou a posteriori sur des concepts, théories ou modèles expliquant ainsi les mécanismes causaux sous-jacents. Cette conception cartésienne de la constitution des savoirs, où le raisonnement conduit à la connaissance, s'est trouvée confrontée à la conception empirique.

En effet, la mise en regard avec la culture anglo-saxonne a apporté une approche différente de la construction des savoirs. L'ancrage philosophique de Locke, Berkeley et Hume notamment, mettant à mal la capacité de construction à partir de la pensée, a conduit au développement de l'empirisme (fondement sur la connaissance sensitive). « Rien n'existe dans la conscience qui n'ait existé avant dans les sens » (Locke). Ce paradigme de pensée dominant dans les pays nord-américain et nord-européen a vraisemblablement été facilitateur pour la mise en place d'une démarche d'évaluation fondée sur une démarche expérimentale.

Aussi durant la dernière décennie du XX^e siècle, alors que les pays latins tentaient de répondre à la nécessité, sous la pression économique et sociale, de donner la preuve des effets des pratiques [par le développement d'arguments] fondées sur le raisonnement, les pays anglo-saxons s'engageaient dans la voie de la recherche expérimentale.

QUELLES RECHERCHES POUR LES KINÉSITHÉRAPEUTES ?

Par ses compétences sur le mouvement¹ pathologique (ou perturbé) et son positionnement social de professionnel de santé, le kinésithérapeute se trouve à la croisée de différents axes de recherche. De façon simplifiée, il est possible de définir 5 axes.

COMPRENDRE LE MOUVEMENT PATHOLOGIQUE

Cet axe est l'axe fondamental central pour les kinésithérapeutes, et également de façon corollaire, l'axe central pour le développement d'un corpus de connaissances, propre à la profession. Les recherches qui s'y attachent peuvent porter sur l'analyse des processus physiopathologiques.

COMPRENDRE LE SUJET SAIN EN UTILISANT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA KINÉSITHÉRAPIE COMME MODÈLE EXPÉRIMENTAL

Cet axe de recherche est associé de façon évidente aux kinésithérapeutes. Pourtant ces derniers au cours de leurs pratiques quotidiennes créent des modifications de la structure, du fonctionnement de telle ou telle partie du corps humain. Ces modifications peuvent permettre de mieux comprendre le rôle de ces structures. Par exemple, il est possible de créer artificiellement, chez un sujet sain, un état de fatigue musculaire par un travail et d'observer les modifications induites dans la locomotion. Les connaissances ainsi acquises facilitent la compréhension des conséquences fonctionnelles de pathologies neuro-musculaires. De nombreux travaux ont été faits dans cette dynamique par des kinésithérapeutes ou par des spécialistes de l'activité sportive, contribuant ainsi à l'amélioration de savoirs de disciplines fondamentales (physiologie, neurosciences, biomécanique, etc.).

COMPRENDRE LE SUJET PATHOLOGIQUE ENRICHIR LA COMPRÉHENSION DU SUJET SAIN

Cet axe est le complément direct des deux précédents. Quand une pathologie est suffisamment connue dans les modifications de structures et de fonctions qu'elle crée, il est possible de comprendre le rôle de ces dernières dans la production ou le contrôle de mouvements. Evidemment, cet axe de recherche n'est pas propre, ni aux kinésithérapeutes, ni à la kinésithérapie. C'est un axe depuis toujours investi par le corps médical, mais dans lequel les kinésithérapeutes prennent aujourd'hui une place.

RECHERCHE SUR LES TECHNIQUES D'ÉVALUATION ET THÉRAPEUTIQUES

Il s'agit de l'axe central de la recherche en et pour la kinésithérapie et par les kinésithérapeutes. Il est, en effet, une avancée fondamentale dans le développement de la profession qu'elle assure elle-même l'évaluation et le développement de ses techniques et de ses pratiques. Cet axe comprend différentes dimensions. La recherche du développement et la validation d'instruments et de procédures d'évaluation est une dimension essentielle puisqu'elle est le préalable à la mise en œuvre des dimensions suivantes : la recherche et la validation des techniques et procédures thérapeutiques et la recherche sur la posologie optimale.

Le développement de nouvelles technologies

Jacques Vaillant (*), cadre supérieur kinésithérapeute

(liée à la miniaturisation des dispositifs et à la meilleure appréhension des phénomènes complexes), est une dimension de recherches collaboratives à la frontière des sciences de l'ingénieur et de l'informatique, de la médecine et des sciences du mouvement. Par exemple, la suppléance sensorielle par des dispositifs biomédicaux ouvre des voies rééducatives où la miniaturisation des capteurs laisse entrevoir des évaluations écologiques de la marche.

ÉTUDE DE LA « RELATION KINÉSITHÉRAPIQUE » ET DE LA « RELATION ÉDUCATIVE »

La dimension humaine de la relation entre le kinésithérapeute et le patient est un axe particulier qui fait appel à des sciences humaines et sociales (psychologie, psychosociologie, anthropologie, sociologie, etc.). La dimension éducative commune à nombre de professionnels de santé est une dimension complémentaire de cette relation et mérite également de faire l'objet de travaux de recherche étayés par les disciplines fondamentales précédemment citées et par les sciences de l'éducation.

DANS QUELLES STRUCTURES FAIRE DE LA RECHERCHE ?

S'il est aujourd'hui possible pour un kinésithérapeute, ayant acquis des compétences scientifiques complémentaires en recherche, dans une discipline universitaire, de postuler à l'intégration à des équipes de recherches labellisées (universitaires, CNRS, INSERM, INRIA, INRETS...) et d'apporter l'originalité de son regard basé sur une double compétence (clinique et scientifique), la création de structures centrées sur l'activité du kinésithérapeute est indispensable.

En effet, quel que soit le domaine fondamental d'ancrage du laboratoire choisi, compte-tenu de l'impératif d'excellence à un niveau international, la thématique générale de recherche sera intégrée à des dynamiques de recherche régionales ou inter-régionales (clusters recherches) et dont le laboratoire intègre une dimension spécifique. Dans ce contexte, les activités de kinésithérapie ne seront jamais l'objet central de la recherche. Aussi, bien que très enrichissante, pour la compréhension de phénomènes majeurs (contrôle neuromoteur, plasticité cérébrale, biomécanique des segments, etc.), il existe un impératif pour la profession d'organiser et structurer des dynamiques de recherche centrées sur l'activité du kinésithérapeute.

La dynamique générale à mettre en place est symétrique à la précédente. Il s'agit de réunir des professionnels doublement compétents, capables d'éclairer sous des

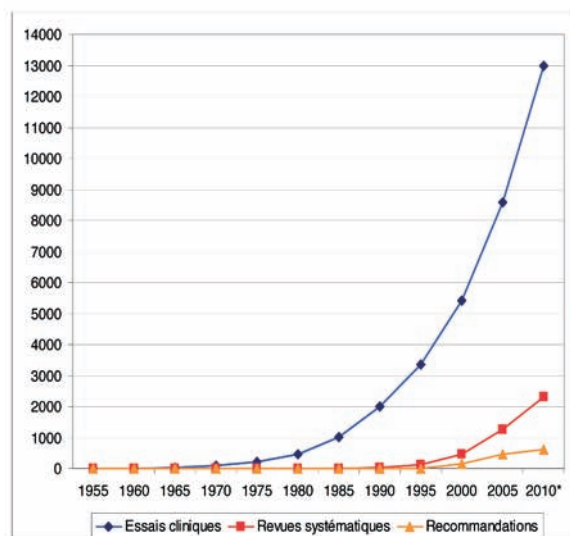
focales fondamentales différentes, des activités, dispositifs ou processus évaluatifs, thérapeutiques ou éducatifs. Par exemple, éclairer les effets de la kinésithérapie des fibromyalgiques par des approches physiologiques, neurosensorielles, biomécaniques, endocriniennes. La profession s'est engagée avec volontarisme dans l'acquisition de ces compétences multiples et compte, malgré l'absence de débouché en termes de postes statutaires. **La profession compte une centaine de docteur ès sciences ou de doctorant actifs en matière de recherche.** Les deux tiers se sont investis dans des sciences biomédicales (sciences du mouvement, biomécanique, neurosciences, etc) et les autres dans les sciences humaines et sociales (sciences de l'éducation, psycho-sociologie, sociologie, etc.).

(*) Jacques Vaillant, cadre supérieur de santé kinésithérapeute, ifmk du CHU de Grenoble (38), docteur ès Sciences (PT, PhD)

Figure 1 : le nombre d'études cliniques, de revues systématiques et de recommandations recensées dans la base internationale de physiothérapie PEDro. * projection 2010

1 - Mouvement étant défini ici au sens large i.e. du mouvement cellulaire, liquidien ou gazeux dans les tissus au mouvement de l'individu dans la société (en référence à l'homme biologique hiérarchisé de H. Hislop). Par facilité, la gestuelle est donc assimilée au mouvement.

Figure 1 : le nombre d'études cliniques, de revues systématiques et de recommandations recensées dans la base internationale de physiothérapie PEDro. * projection 2010



Au Microscope

Vie du CNKS

→ Laurence Josse, Vice-Présidente

→ le CNKS 2009 – 2011



Depuis sa création en 1996, le collège de la Kinésithérapie Salariée (CNKS) promeut la Kinésithérapie Salariée sous toutes ses formes, son existence même et son identité.

Depuis quatorze années, la dynamique que nous avons souhaité mettre en place concernant les échanges, la formation et l'information nous ont conduit à organiser les Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariées (JNKS) afin de mieux vous associer à la réflexion collective. Au delà des participants de chaque ville étape et des inscrits venant de toute la France, des enquêtes flash au cours de ces manifestations et des groupes de travail qui se sont poursuivis après de ce temps

de rencontre ont produit divers documents (charte de la kinésithérapie salariée, ...).

La publication Kinéscope, lancée lors des JNKS Besançon 2006 et **le site www.cnks.org**, ouvert le 31 mars 2009, sont venus donner les moyens de faire connaître et partager notre action.

Plus récemment encore une nouvelle organisation interne (bureau, délégation générale et secrétariat national) proposée en juillet 2009 a été actée le 3 octobre 2009. La délégation générale impulse la dynamique communication, stratégie et prospective (site du **CNKS**, management et expertise, actions régionales). Le secrétariat national est en charge de la formation, de l'exercice et des statuts, de la recherche. Cinq délégations inter-régionales contribuent à alimenter les dossiers traités et permettent que s'expriment

les spécificités locales tant sur le plan organisationnel que professionnel, que soient diffusées les expériences des collèges régionaux.

(en savoir plus : www.cnks.org)

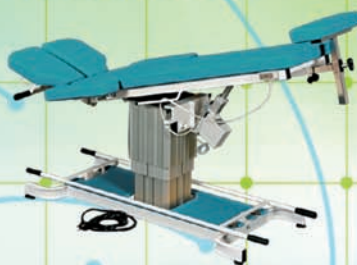
Présent sur les grands chantiers professionnels qui ont émaillé ses dernières années : définition du métier, contribution au code de déontologie, fonction cadre, attractivité, droit de prescription pour les kinésithérapeutes, travaux sur le métier avec l'Observatoire National Des Professions de Santé, évolution des épreuves du diplôme d'état, réingénierie des études, évaluations des pratiques professionnelles, « Etats Généraux des masseurs-kinésithérapeutes », suivi des évolutions législatives (réforme des SSR, loi HPST, ...), le **CNKS** entend poursuivre ces chantiers en cours et ses actions avec la participation de tous.

Pour les trois années à venir un certain nombre d'axes de travail se dégagent :

- l'accompagnement de la réforme de la formation initiale sera un point fort en raison de sa mise en œuvre attendue dès la rentrée 2010
- l'approche par compétences génériques et compétences particulières devra se décliner sur le terrain, mais comment passer de « être formé à se former » ?
- la réforme de la formation des cadres
- la promotion de la recherche pour / sur / en ... (la) kinésithérapie
- l'évaluation des pratiques professionnelles
- l'évolution du métier au sein des structures hospitalières publiques et privées
- l'influence des recommandations professionnelles sur la qualité des soins
- les nouvelles formes d'exercice en éducation thérapeutique, conseil, évaluation, orientation, ...
- voire la définition de parcours cliniques.



CONCEPTION FABRICATION
D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX



ZONE INDUSTRIELLE - RN7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX
TÉL. : 03 86 68 83 22 - FAX : 03 86 68 55 95 - E-MAIL : INFO@FRANCOFILS.COM
SITE : WWW.FRANCOFILS.COM

Conception : Lechat et La Source - 03 86 71 05 85

CITHÉA COMMUNICATION REMERCIE
TOUTES LES PERSONNES QUI ONT
CONTRIBUÉ À LA RÉALISATION DE CET
OUVRAGE, SANS LESQUELLES IL
N'AUROIT 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

**+ CENTRE HOSPITALIER
DE VILLEFRANCHE S/SAÔNE**

Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

30 km de LYON – 40 km de MACON
398 lits
1250 personnels médicaux et non médicaux
4 sites

**recherche
un(e) cadre de santé
masseur-kinésithérapeute**

Contact : Hervé ROULLET ou Benoît VANDAME
Tél : 04 74 09 25 13

Candidatures à adresser à :

Monsieur Benoît VANDAME
Directeur des ressources humaines
Boîte Postale 436
69655 Villefranche-sur-Saône Cedex
clucas@ch-villefranche.fr

Complémentaire
Santé



On peut être
kinésithérapeute
et avoir besoin d'une
couverture santé efficace.

En ce
moment
**2 mois
offerts*!**

**Profitez de 2 mois offerts sur l'une des 3 formules
de la Complémentaire Santé de la MACSF**

et accédez à des remboursements élevés, au tiers payant généralisé
et aux multiples services d'assistance à la personne.

Bénéficiez de cette offre exceptionnelle
www.macsf.fr

☎ 0800 100 435 appel gratuit

* Offre valable jusqu'au 15/01/2010



Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement