kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Programme
JNKS QUIMPER 2010
P13 à 20

Kinésithérapie &
Développement professionnel continu

→ P04 Au cœur des organisations

→ P10 Téléscope

→ P22 Au cœur de la formation

Nov - Déc 2009
n°17

collection copes
Cultures et métiers de la santé

SYNERGIE SANTE

UIPARM

Union Inter Professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques

XIVeme Journée Nationale d'Étude et de Réflexion

Vendredi 5 février 2010

Salle Baudelocque au siège de la MACSF Assurances
10 cours du Triangle de l'Arche 92919 La Défense
Métro / RER : La défense Grande Arche

Réingénierie des diplômes paramédicaux : enjeux et réalités

9h - 9h 30	Accueil café
9 h 30 - 9 h 45	Accueil **Olivier Mallet**, macsf & **Christine Craplet**, présidente de l'uiparm
9 h 45 - 10 h 30	Le processus de réingénierie : contexte et démarche **Marie-Ange Coudray**, dhos
10 h 30 - 11 h	Expérience de mise en place du référentiel IDE **Odile Decker**, directrice d'ifsi
11 h - 11 h 30	Pause
11 h 30 - 13 h	Processus de réingénierie en cours... : points de vue professionnels **Hélène Hernandez**, directrice d'ife, Processus de réingénierie... à venir : points de vue professionnels **Philippe Glorieux**, directeur d'ifmem, **Marie Monjo**, cadre diététicien, **Danielle Sauvanet**, directrice d'iftab Discussion
13 h - 14 h	Déjeuner buffet sur place
14 h - 14 h 45	Activités, compétences : nouveaux paradigmes ? **Hervé Cochet,** directeur d'ifmk
14 h 45 - 15 h 15	Projet d'accompagnement au tutorat **Anne Lecomte, Carole Lepage** - Aqueduc / Rennes 2
15 h 15 - 16 h 15	Table ronde « réingénierie : de la théorie à la pratique » animée par **Yves Cottret** avec la participation de **Hélène Hernandez**, directrice d'ife **Corinne Blanchet,** cadre formatrice ifmem **Christelle Hénaff**, cadre de santé infirmier **Florence Rossi**, cadre supérieur diététicien **Eric Roussel**, coordonnateur général des soins
16h 15 - 16 h 30	Conclusion **Eric Roussel** et **Christine Craplet**

INSCRIPTIONS LIMITEES **Renseignements complémentaires pour inscription : amelia.bonato@wanadoo.fr**

au cœur des organisations :
Le développement professionnel continu P04
Kaléïdoscope :
rapport ONDPS, états généraux et mission cadres P07
au cœur du métier
Duité expérience-expertise P08
Téléscope
Union européenne, santé, handicap et kinésithérapie P10
au cœur de la formation :
Les apprentissages cliniques et la formation clinique P22
Praticoscope :
Situation clinique et mémoire professionnel
Construction d'une identité P25
Macroscope :
Activité, compétences et ingénierie de formation P29
au cœur de la recherche :
Comment combler le retard de la kinésithérapie en matière de recherche ? P30

CNKS

Cithéa communication

Direction de la publication
Yves Cottret

Rédacteurs en chef
Jacques Bergeau, Pierre-Henri Haller, Laurence Josse

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

Crédits photographiques
Fotolia
Impression
Rivet

Dépôt légal :
4e trimestre 2009
ISSN : 1956-7596

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

kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Périscope

Quand l'intention vise la coopération, et que le geste traduit la collaboration, la trace démontre la coordination.

Que souhaiter de mieux au seuil de cette année que le développement professionnel continu - sujet de ce numéro - et la reconnaissance à leurs justes niveaux « de la profession et de ses expertises ou pratiques avancées ».
Les différentes fées qui se sont penchées en 2009 ou qui se pencheront en 2010 sur la kinésithérapie (rapport ONDPS, Etats généraux, réingénierie et LMD, réformes fonctionnelles et statutaires de l'encadrement) s'accorderont-elles sur la couleur de la robe de la princesse au bois dormant ?
On peut en douter. On peut craindre le contraire quand on lit avec attention le regard et les intentions de ces diverses tutelles et que l'on observe les positions des diverses représentations professionnelles. S'agissant de ces dernières aucune n'est bonne ou mauvaise ; mais le moins que l'on puisse dire c'est qu'elles sont souvent aux antipodes et qu'elles se veulent persuasives (et donc empiriques) à défaut de pouvoir être convaincantes (et donc raisonnées). Difficile dans ces conditions de débattre en amont et de présenter un front au moins convergent à défaut d'un front uni.

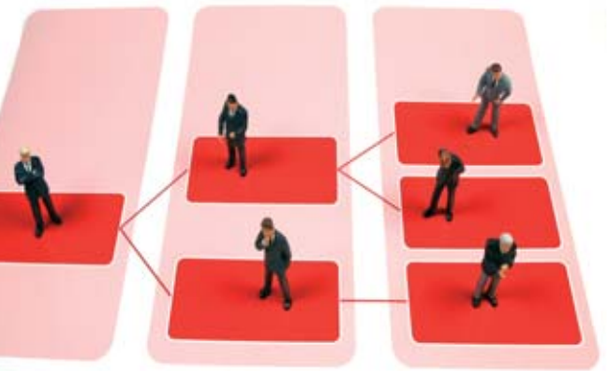
Le plaidoyer pro domo n'est plus de mise : la reconnaissance sociale et l'utilité sociale sont empruntes de validations scientifiques réelles, d'évaluations pragmatiques sur le service rendu et son adéquation à l'attente des bénéficiaires, de l'inclusion coopérante de l'activité dans son environnement.
Le citoyen - patient et consommateur de soins ou autres - n'accepte plus les failles et autres no man's land des corporatismes exacerbés ... qui ressemblent étrangement à certaines pratiques administratives que d'aucuns se plaisent à fustiger en oubliant de balayer devant leur porte.

Les prochaines JNKS Quimper 2010 nous conduirons dans les sillons des champs que creuse (trop) modestement la kinésithérapie salariée depuis toujours ... s'efforçant de ne pas ratisser trop large et de ne pas creuser trop profond ...pour tenter de semer correctement.

Yves Cottret
Président du CNKS

Eric Roussel, coordonnateur général des soins

→ Le développement professionnel continu



L'article 59 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) indique que le **Développement Professionnel Continu** (DPC) "a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé".

Le DPC concerne les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les préparateurs en pharmacie et tous les auxiliaires médicaux (audioprothésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthésistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, prothésistes, psychomotriciens).

Un décret en Conseil d'Etat sera publié par profession sur les modalités de l'obligation et sur l'agrément des actions et des organismes. Un conseil national du DPC sera placé auprès du ministre de la santé pour le conseiller sur les modalités d'organisation du dispositif, sur les priorités et sur les critères d'enregistrement des organismes de formation.

Le développement professionnel continu tel que défini par la loi va bien au-delà de la seule formation continue. Il pose clairement le lien nécessaire entre développement personnel et obligation institutionnelle. Il affiche de manière volontariste des objectifs d'amélioration des pratiques et d'efficience. Dès lors la mise en place de cette nouvelle obligation législative pose plusieurs questions ; nous en aborderons trois.

• Quels sont les liens entre cette évolution de la formation continue et la formation initiale ?

• Quels sont les enjeux du DPC pour les professionnels et les établissements de santé ?

Le texte proposé par le législateur positionne clairement le DPC dans le prolongement du dispositif de formation médicale continue (FMC)[1]. L'enjeu prioritaire de cette nouvelle orientation législative c'est paradoxalement d'éviter les errements de la FMC. En effet chacun sait que la formation des médecins s'inscrit toujours dans une logique individuelle d'acquisition de savoirs et savoir-faire largement assise sur la participation aux congrès professionnels et sociétés savantes. Les évaluations de pratiques professionnelles sont encore aujourd'hui marginales. Le plus souvent « sorties du chapeau » à l'occasion du processus d'accréditation mené par la haute autorité en santé (HAS), elles retombent invariablement dans l'oubli dès que les visiteurs ont rendu leurs conclusions de visite.

La mise en œuvre du DPC doit permettre de conjuguer projet personnel et projet institutionnel au service des priorités de santé publique et de la maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit de passer d'une logique individuelle, pour ne pas dire individualiste, à une logique partagée entre employeurs et professionnels au bénéfice du collectif et de la collectivité.

Deux processus évaluatifs peuvent être alors mis en place. L'entretien de formation qui au décours, ou à l'issue, de l'entretien annuel d'évaluation doit permettre l'élaboration du projet de formation du professionnel. Il s'agit bien, dans le cadre des objectifs institutionnels d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins, de construire un programme d'acquisition et de développement de compétences fondé sur des intentions et une visée partagés entre l'encadrement et l'agent.

En lien avec le projet d'établissement donc du projet de soins, le cadre de santé aide chaque professionnel à affiner ses objectifs de formation et l'accompagne dans la formalisation des moyens nécessaires.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est le second processus de développement professionnel continu. Elle permet d'éviter la confusion entre développement personnel et développement professionnel. En effet l'EPP est un processus collectif et récursif qui conjugue l'élaboration d'un référentiel partagé avec la confrontation de ce référentiel aux actes et organisations professionnels. Il s'agit pour un groupe, le plus souvent interprofessionnel (médecins, infirmiers, rééducateurs, sociaux...), de comparer leurs activités quotidiennes avec des recommandations de bonnes pratiques. Ce travail de comparaison, de confrontation, d'appréciation... en bref d'évaluation, doit permettre de connaître les écarts à la bonne pratique ou à la bonne organisation et de travailler à corriger ces écarts. La formation et l'apprentissage sont dès lors mis en jeu pour participer à ce processus de correction. Il est également remarquable que la recherche participe à ce « grand chantier » en favorisant la construction de nouvelles recommandations c'est-à-dire de nouveaux référentiels.

Les enjeux du DPC sont donc le développement de compétences individuelles et collectives en lien avec les priorités médico-économiques, mais aussi la promotion de l'évaluation comme processus et produit d'un management institutionnel clair qui donne sens au travail de chacun.

Quelles sont les modalités de gestion et de contrôle du dispositif et des fonds ?

Les sénateurs ont adopté la création d'un organisme unique gestionnaire de la DPC pour l'ensemble des professions de santé. Il aura deux missions : enregistrer l'ensemble des organismes concourant à l'offre de DPC et financer les programmes et actions prioritaires.

Sur proposition du gouvernement, il a été ajouté que l'enregistrement des organismes se fera "après évaluation par une commission scientifique indépendante", qui sera définie par un décret.

Les financements provenant de l'Etat et de l'assurance maladie, y compris de la formation conventionnelle, seront regroupés dans ce fonds afin de "garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par les conseils nationaux" de FPC.

L'organisme de gestion des fonds assurera "la gestion financière des actions de DPC et sera notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés et des centres de santé participant aux actions de DPC".

Il sera doté de la personnalité morale et sera administré par un conseil de gestion. Il comportera des sections du conseil de gestion, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections seront fixées par voie réglementaire.

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a réaffirmé son attachement à l'indépendance de la formation des professions de santé, pour "éviter les liaisons dangereuses". Le cahier des charges d'agrément des organismes "mentionnera la nécessaire indépendance vis-à-vis des entreprises", industrie pharmaceutique ou industrie agro-alimentaire.

Références :

1. C'est une obligation introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996, confirmée par la loi du 4 mars 2002 et qui doit être conciliée avec l'obligation complémentaire d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) introduite par la loi du 13 août 2004.

AVEC LA MNH,
VOUS ÊTES
SOLIDAIRE.
LE SAVIEZ-VOUS ?

Avec le soutien de nos 661 000 adhérents,
nous aidons de nombreuses familles en difficulté,
en gérant un fonds d'action sociale.

Ce fonds permet le versement d'allocations* aux 12 000 adhérents handicapés. 12 300 aides* sont également accordées aux hospitaliers mutualistes qui doivent faire face à des dépenses de santé importantes notamment en optique ou dentaire, ou qui rencontrent de grandes difficultés financières dans leur vie quotidienne. Grâce à ce fonds, la MNH contribue aussi à l'emploi d'aides ménagères pour les retraités, alloue des bourses d'études aux orphelins et soutient les familles sinistrées lors des catastrophes naturelles.

Adhérer à la MNH, c'est devenir participant d'un groupement mutualiste dont la solidarité active profite à tous !

* sous conditions de ressources

proximity 03/09

Pour en savoir plus, contactez votre correspondant MNH, appelez-nous au N°Cristal 09 69 32 45 00 **ou consultez www.mnh.fr**

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.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

MNH

Rapport de l'ONDPS : le métier de masseur-kinésithérapeute

→ Pierre-Henri Haller & Yves Cottret

ONDPS

L'observatoire national des professions de santé, créé en Juin 2003, rassemble et analyse les connaissances relatives à la démographie des professions de santé. Une étude qualitative (par enquête avec analyse documentaire, analyse démographique, entretiens auprès d'organisations professionnelles, de praticiens en exercice (46 dont 13 salariés) et d'étudiants. Publiée le 16 novembre dernier cette étude de plus de cent pages comprend en première partie un regard sur la profession (cadre légal et conventionnel, démographie, champ d'action et marges de manoeuvres, ce qui fait ou défait l'unité de la profession, le métier : l'art à l'exercice de la preuve, ce qui change dans la pratique, la formation initiale) et une deuxième partie sur le métier tel qu'il se pratique (cadres d'exercice, soins et résultats, construire sa pratique, parcours professionnels, références de la profession)

Etats Généraux

organisés en 2010 par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, ils consistent :

à établir une photographie de la profession vue par elle-même, vue par les autres acteurs et bénéficiaires via des questionnaires à soumettre les éléments ainsi recueillis à l'analyse des organisations professionnelles volontaires à collecter dans un recueil les résultats des enquêtes et les analyses des organisations professionnelles volontaires
à présenter et argumenter ces analyses lors d'une réunion réunissant les représentants de l'ordre et les représentants des organisations professionnelles volontaires
Une deuxième phase dite de « convention » qui consisterait à rechercher un consensus entre l'ordre et les organisations professionnelles volontaires sur 4 thématiques : valeurs, attractivité, missions et coopérations, formation professionnelle et recherche.
Le Conseil National de l'Ordre des Kinésithérapeutes a présenté le 22 octobre dernier une « étude préalable aux Etats Généraux de la Profession », rédigée par un cabinet de conseil, sur la base d'une enquête en ligne cet été auprès des kinésithérapeutes, d'une enquête auprès des patients, et d'entretiens auprès d'administrations, d'organisations professionnelles et du conseil national des médecins.
Le CNKS a été invité à réagir à cette étude et au diaporama l'accompagnant et présentera ses réflexions au cours de la première réunion des Etats Généraux intitulée « Etat des lieux – Un projet pour l'avenir » le vendredi 22 janvier.

Mission Ch. De Singly suite

Après la remise de son rapport sur les cadres hospitaliers en septembre dernier, Chantal De Singly et les membres de la mission ont été reçus le 14 décembre dernier au ministère de la Santé. A la suite de 5 mois d'auditions 36 propositions avaient formulées. La ministre de la Santé a souligné la qualité du travail de la mission. Un comité de pilotage et de suivi aura pour mission de décliner les propositions concernant le rôle et la place des cadres dans la politique managériale et les processus de décisions, La DHOS a été saisie sur la question de la formation des cadres, et d'intégrer la formation cadre dans l'actuelle réingénierie en lien avec une évolution des instituts de cadre de santé en collaboration avec l'université. Enfin le comité de pilotage travaille la valorisation des cadres et de l'évolution de leurs statuts, notamment par la révision des grilles indiciaires de l'ensemble des personnels en situation d'encadrement, mais aussi de créer des espaces de rencontre et de réflexion autour du management hospitalier.

En savoir plus ? retrouvez les rapports, analyses et commentaires du CNKS sur : wwwcnks.org

CNKS
Collège National de la Kinésithérapie Salariée
au cœur du métier...

→ Duité expérience-expertise : voie de développement professionnel ?

L'expérience : l'acquérir, la formaliser et la partager

La rééducation peut se comprendre comme des expériences de réapprentissage. Le rééducateur construit des situations adaptées pour apprendre à faire face à la situation de handicap ; l'environnement est apprentissage – « à prendre en soi pour tissage » (H. Cochet, 2001). Dès l'enfance, il est question de compétences préexistantes (innées) et de compétences obtenues par l'interaction avec l'environnement (acquises). L'évolution se fait par développement en proximité directe avec des compétences actuelles (L. Vigosky), par assimilation et accommodation de l'environnement (J. Piaget). Les neurosciences décrivent aussi l'apprentissage comme l'activation de stratégies et d'inhibition de certaines autres lors de nos décisions. (Houdé O., 2006).

Le rééducateur acquiert, au cours de son exercice professionnel une expérience qui construit des compétences. De « novice » à « compétent » voire « expert », se construisent des stratégies de décision en situation de soins. Par exemple, le praticien expérimenté ne recours plus à l'énumération d'éléments du bilan, il repère la dégradation avant la survenue de signes cliniques : l'intuition que « quelque chose qui ne va pas bien ».

L'expérience fait passer le thérapeute d'une confiance en des principes théoriques acquis en formation à l'utilisation de situations vécues - cas cliniques - comme source de connaissance (Dreyfus S. et Dreyfus H., 1979) : il passe de l'observateur à l'acteur ; il anticipe et cherche l'information nécessaire à sa décision ; il développe la capacité d'appréhender globalement et intuitivement les informations.

Par exemple, face à la douleur (Froissart M-T., 2005) ou aux troubles respiratoires (Delplanque D., 2005), le praticien n'élabore pas la même stratégie et utilise différemment les signes cliniques et la plainte, selon son degré d'expertise. Ce raisonnement clinique s'inscrit dans le diagnostic kinésithérapique entre connaissance, savoirs, interprétation de données, prise de décision et développement de l'esprit critique.

Ce développement de compétences constitue l'apprentissage expérientiel (Kolb D., 1979). Cet apprentissage aux multiples styles fait passer de l'actif au réflexif et du concret à l'abstrait, par le biais de situations vécues. L'apprentissage est puissant lorsqu'il est fondé sur l'expérience personnelle et surtout s'il est suivi d'une réflexion sur cette pratique, ce qui ouvre des pistes pour accompagner ces apprentissages.

Outre le debriefing, l'analyse des pratiques ou le tutorat, par exemple, l'écriture permet de témoigner de ces acquis de l'expérience. Il s'agit de trouver le recul pour rendre visible les pratiques, de traduire l'implicite et les implications des décisions. (Cifali M., 2007). Malgré la diversité des écritures professionnelles, leur caractère prescrit, et leurs enjeux de pouvoirs (Goody J., 2007), l'écriture ne fait pas partie de la culture professionnelle ni formative... Si elle « donne à voir » des pratiques et des savoirs scientifiquement corrects, l'écriture rend compte de l'engagement, du courage, de l'affect, d'une « attention portée à », et témoigne d'une démarche de professionnalisation (Signeyrole J., 2006).

Écrire pour partager cette expérience, c'est faire le pari de conserver une trace. Dans les services comme en formation, lors de départs de praticiens experts – retraite, mutations...-, ces acquis de l'expérience, souvent perdus faute d'être écrits, devraient pouvoir être partagés ; savoirs transmis puis transformés pour permettre aux héritiers de devenir acteurs.

Pierre Henri Haller, cadre kinésithérapeute

De l'expérience à l'expertise

Lors des accords Durieux (nov 1992) il est question, pour les paramédicaux de reconnaître des fonctions de cliniciens et / ou d'expertise. Il s'agit de valoriser un professionnel ayant de l'**expérience**, une aptitude à **expliquer**, une capacité à **exporter**. Les négociateurs représentant les personnels hospitaliers n'ont eu de cesse de faire reconnaître et valoriser ce capital acquis de l'expérience et d'actions de formations de type perfectionnement.

Malgré une expérimentation officielle, pilotée par la direction des hôpitaux entre 1994 et 1997, la mise en place réelle de ces fonctions d'expertise n'est à ce jour toujours pas réglementée.

Cette absence de « retour sur investissement » n'est pas propre au secteur santé et à partir des années 1980 un certain nombre de dispositifs vont être promulgués ; des dispositifs intéressants certes mais qui ne répondront pas à cette problématique de l'expertise.

Le mécanisme de **validation des acquis** (VA) créé en 1985 sera suivi en 1992 du mécanisme de **validation des acquis professionnels** (VAP) et plus « récemment », en 2002, du mécanisme de **validation des acquis de l'expérience.**

Il s'agit en fait pour les personnes qui le souhaitent d'obtenir tout ou partie de diplôme ; pour ce faire il s'agit d'évaluer les compétences construites par le candidat au travers de son expérience professionnelle et de les comparer aux exigences du référentiel du diplôme ou du titre. A l'évidence ces mécanismes sont générateurs de promotion professionnelle mais ne permettent pas à un kinésithérapeute ou autre paramédical - tout en restant clinicien - de se voir reconnaître une « pratique avancée ».

Ces démarches de validation - et les conditions de leur succès - sont paradoxalement tout à la fois le fruit de démarches individuelles et d'enjeux politiques donc collectifs forts. Elles tracent très clairement les premiers sillons d'une révolution des politiques publiques par une nouvelle conception de la formation, une nouvelle conception du travail et une nouvelle conception de la carrière. Exit - en termes d'idées au moins – la triade linéaire « formation/travail/retraite » : on passe d'une logique de carrière linéaire et contrainte à une logique de parcours individuel construit tout au long de la vie, une logique curriculaire. C'est l'heure de la reconnaissance de la pluralité des voies de l'apprentissage : formelle, non formelle, informelle.

Ainsi naît l'impérieuse nécessité d'observer, de répertorier et d'analyser les compétence mobilisées dans l'exercice professionnel. Il s'agit désormais de permettre la valorisation, la promotion mais aussi la réorientation tant professionnelle que personnelle. Alors se pose la question : la formation continue peut-elle, doit-elle être le moment, le lieu, l'outil de la validation des acquis professionnels et de l'expérience ? Tout le monde s'accordait il y a encore dix ans sur le fait que la formation continue était source d'apprentissages nouveaux, de mutualisation des savoirs et savoir faire, de validation des compétences, de recherche, de veille professionnelle, de veille scientifique mais aussi de développement personnel.

Par delà les vagues de VA, les mécanismes d'universitarisation, de réingénierie enclenchés depuis 5 ans dans les professions paramédicales vont eux aussi « contrarier » - retarder - l'avènement de cette reconnaissance attendue d'une fonction d'expertise.

Mais, comme l'indique le ministère dans toutes ses interventions : au bout de la réingénierie (décrire les métiers en activités, énoncer les compétences requises, élaborer des formations adaptées aux compétences) il y a la nécessité de prévoir des parcours professionnels autour d'équivalences, d'expériences et d'**expertises !**

La double conjonction du transfert de tâches et de l'ouverture au master - et à la voie doctorale - dans un cadre interprofessionnel et multi-disciplinaire devrait peut être nous y conduire ... d'ici 2 ans : en 2012 ! 1992 / 2012 : 20 ans après, 20 ans déjà !

Yves cottret, président du CNKS

Union européenne, santé, handicap et kinésithérapie

→ Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute

L'union européenne (UE) est constituée aujourd'hui de 27 pays membres. La santé constitue un droit humain fondamental mais elle est également un élément essentiel de la compétitivité de l'UE Les multiples publications, études et recherches dans ce domaine montrent bien ses préoccupations vis à vis de la santé de ses citoyens.

• Europe et soins de santé

Le secteur des soins de santé représente l'un des plus importants de l'économie de l'UE, employant un travailleur sur dix ; environ 70 % des budgets des soins de santé sont consacrés aux salaires et aux autres charges directement liées à l'emploi du personnel de santé[1] .
L'UE consacre 8 % de son PIB à la santé. Pour chaque pays, un équilibre est à trouver entre les dépenses de santé sans cesse croissantes d'une Europe vieillissante (population en général mais aussi vieillissement du personnel de santé) et une offre restreinte de services de santé.
Les lits d'hôpital fournissent des informations sur les capacités de soins de santé, c'est-à-dire sur le nombre maximum de patients pouvant être soignés par la totalité des hôpitaux. Les chiffres issus de Eurostat[2] en 2005, estiment que pour 100 000 habitants de l'UE, 590,4 lits en moyenne étaient disponibles (mini 292,6 en Suède ; maxi 846,4 en Allemagne).
En 2007 le produit intérieur brut consacré à la santé variait de 6,2% (Pologne) à 11,1% (France).

En 1992, le traité de Maastricht a doté l'UE d'une base juridique pour intervenir dans le domaine de la santé publique (article 152 du traité instituant la Communauté Européenne). Il a été mis en place une « Direction générale de la santé et des consommateurs » (DG SANCO). Les Etats membres sont responsables à la fois des politiques de santé et de la fourniture des soins de santé et, dans de nombreux domaines, la coopération inter états est nécessaire. Au delà de la lutte contre les huit causes principales de mortalité et de morbidité à la suite de maladies non transmissibles en Europe (maladies cardiovasculaires, troubles neuropsychiatriques, cancers, maladies digestives, maladies respiratoires, dysfonctionnements des organes sensoriels, maladies de l'appareil musculo-squelettique et diabète sucré – source OMS) ses principales missions concernent la sécurité du médicament, la sécurité alimentaire, les règlements sur les produits chimiques, les brevets pharmaceutiques, la lutte contre le tabac et la toxicomanie et donc d'une façon plus générale la lutte contre les causes de danger pour la santé humaine.

Le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013[3] est entré en vigueur le 1er janvier 2008.

Il est articulé autour de 3 axes :

• l'amélioration de la sécurité sanitaire : pour être réactive face aux menaces sanitaires transfrontalières, l'UE entend promouvoir une coordination des actions tant sur le territoire communautaire qu'à l'échelle internationale (sécurité des patients, législation communautaire concernant le sang, les tissus et les cellules,...).
• la promotion de la santé : prolonger la vie active des travailleurs tout en garantissant leur santé et contribuer à réduire les inégalités dans le domaine de la santé. L'UE poursuivra son action sur les déterminants de la santé, comme les régimes alimentaires, l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie ainsi que la qualité de l'environnement social et physique.
• les informations et connaissances en matière de santé : l'UE soutiendra l'échange de connaissances et de bonnes pratiques dans des domaines tels que les maladies rares ou la santé des enfants. Elle encouragera la surveillance de la santé des citoyens et continuera à proposer des outils, des indicateurs ainsi que des instruments de diffusion de l'information aux citoyens (portail de l'UE en matière de santé).

• Europe et handicap : très bref historique

En 1992, les Nations Unies ont instauré le 3 décembre en tant que « Journée internationale des personnes handicapées ».

Depuis 2003, la Commission Européenne en matière de handicap a pour objectif de faire de l'égalité des chances une réalité pour les personnes handicapées. Il existe environ 65 millions de personnes handicapées en Europe.
Ce nombre augmente proportionnellement au vieillissement de la population.
D'après une enquête Eurobaromètre[4] récente, 53 % des Européens considèrent la discrimination fondée sur le handicap comme un phénomène répandu dans leur pays, contre 45 % en 2008.
Cette progression pourrait être liée à l'impact du ralentissement économique. Ces chiffres varient d'un pays à l'autre, pour la France, ce pourcentage est de 74 %, contre 61 % en 2008. Le plan d'action de l'Union Européenne (UE) en faveur des personnes handicapées 2003-2010 fournit les moyens de concrétiser cette volonté, en garantissant que les questions liées au handicap soient intégrées à toutes les politiques concernées.
La Commission Européenne organise chaque année une conférence politique « la Journée européenne des personnes handicapées » au cours de la première semaine de décembre, en étroite collaboration avec le Forum Européen des Personnes Handicapées[5] .
Ces conférences font partie des efforts importants de l'UE afin de promouvoir une plus grande visibilité des problèmes liés au handicap. Elles favorisent l'échange d'informations et de bonnes pratiques dans des domaines essentiels pour une meilleure intégration sociale des personnes handicapées. La conférence 2009 a eu pour objectif une meilleure compréhension des questions liées à une vie indépendante. Trois axes principaux ont été abordés : l'autonomie économique via l'emploi, l'organisation des services communautaires afin d'éviter l'institutionnalisation et de permettre aux personnes handicapées de vivre de manière indépendante et enfin les technologies d'assistance indispensables aux personnes en situation de handicap pour participer à la société et vivre de manière indépendante. L'obtention du dispositif adéquat pour ces personnes est un processus complexe (évaluation, choix des dispositifs, mise en œuvre et surveillance, remboursement souvent incomplet via les assurances et les régimes de sécurité sociale,...).

• Europe et personnel de santé

Le livre vert relatif au personnel de santé en Europe[6] précise que « La capacité de formation doit aussi être prise en considération dans le cadre de la planification des effectifs. S'il faut plus de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels, il faudra davantage d'universités et d'écoles de formation et davantage de personnel enseignant pour les former. Cela nécessitera à la fois une planification et des investissements. Les États membres devront évaluer quels types de compétences spécialisées seront nécessaires, en tenant compte de l'évolution des traitements médicaux à la suite de l'introduction de nouvelles technologies, des effets du vieillissement de la population sur le tableau de morbidité et de l'augmentation du nombre de patients âgés atteints de maladies chroniques multiples.».

Dans ce cadre il nous est apparu intéressant de réaliser dans les futurs numéros de KINESCOPE un rapide tour des 27 pays de l'UE au regard de la formation initiale en kinésithérapie, de distinguer les différents mode d'exercice professionnel.
Rassembler des données reste un exercice périlleux en raison de la variété et de la fiabilité des sources, les éléments chiffrés seront donc donnés à titre indicatif, et proviendront pour partie de l'European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ERWCTP).

La zone euro (ZE16) comprend la Belgique, l'Allemagne, l'Irlande, la Grèce, l'Espagne, la France, l'Italie, Chypre, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, l'Autriche, le Portugal, la Slovénie, la Slovaquie et la Finlande. L'UE27 comprend la Belgique (BE), la Bulgarie (BG), la République tchèque (CZ), le Danemark (DK), l'Allemagne (DE), l'Estonie (EE), l'Irlande (IE), la Grèce (EL), l'Espagne (ES), la France (FR), l'Italie (IT), Chypre (CY), la Lettonie (LV), la Lituanie (LT), le Luxembourg (LU), la Hongrie (HU), Malte (MT), les Pays-Bas (NL), l'Autriche (AT), la Pologne (PL), le Portugal (PT), la Roumanie (RO), la Slovénie (SI), la Slovaquie (SK), la Finlande (FI), la Suède (SE) et le Royaume-Uni (UK).

Références :

1 Dubois, C., Mc Kee, M., et Nolte, E., Human Resources for Health in Europe, Open University Press, Angleterre, 2006.

2 http://epp.eurostat.ec.europa.eu

3 http://ec.europa.eu/health/index_fr.htm.

4 Discrimination dans l'UE en 2009, Eurobaromètre spécial 317, Commission Européenne, novembre 2009

5 http:// www.edf-feph.org

6 Livre vert relatif au personnel de santé en Europe, Commission des communautés européennes, Bruxelles, COM(2008) 725

Kinéscope

la revue des kinésithérapeutes salariés

Recevez **grauitement** de façon sûre, **chez vous***

BULLETIN d'abonnement gratuit :

À SAISIR EN MAJUSCULE SVP

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

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

Etablissement : .....

....

Adresse personnelle :** .....

**champs obligatoire

....

À RETOURNER À : Collection SCOPES / Synergie Santé - 127, av de Clichy - 75017 Paris

* sur simple demande

Sous le haut patronage du ministère de la santé

CNKS

Collège National de la Kinésithérapie Salariée

au cœur du métier...

XIVèmes JNKS QUIMPER 2010

du mercredi 21 avril au vendredi 23 avril 2010

EPSM Gourmelen Quimper Cornouaille (29)

QUIMPER COMMUNAUTÉ

PARCOURS de ou en SANTE & KINESITHERAPIE

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

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée

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

JNKS EN PRATIQUE JNKS EN PRATIQUE JNKS EN PRATIQUE JNKS EN PRATIQUE

cf conditions générales pages 15 à 18 (III à VI de l'encart)

JNKS QUIMPER 2010 amphithéâtre ifsi - Hôpital Gourmelen - QUIMPER

Champs et parcours !

Champs d'activités, champs professionnels, ... ce sont dans tous les cas des espaces, des parcours, où patients bénéficiaires de *cure* ou de *care* croisent les professionnels de santé générateurs de soins ; des espaces, des parcours, qui interrogent sur le "qui fait... où ? et comment ?" ; des espaces, des parcours, 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 - réel fil rouge des XIVèmes JNKS - s'inscrit dans la poursuite de la réflexion engagée par la **trilogie JNKS 2009-2011 "nos terres, nos champs, nos cultures"**.

***Mercredi 21 avril 2010** après-midi*

SESSION 1 Au cœur des parcours *Présidence Martine Hédreul-Vittet*

13h15 ACCUEIL

14h00 1ères partie

- **Analyse d'activité, analyse de pratique**
  Marie-Chantal Morel, directrice d'Ife (33)
- **Parcours du patient : une nouvelle dynamique pour le SSR**
  Brigitte Plagès, directrice des soins (94)
- **Notions de parcours et itinéraires cliniques**
  Eric Roussel, coordonnateur général des soins (75)

15h30 PAUSE

16h00 2ème partie

- **Parcours et ressources de santé au sein d'un territoire**
  Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute (93)
- **Parcours et formation tout au long de la vie**
  Magali Faroult, cadre kinésithérapeute (65)
- **Parcours et carrières**
  Martine Hédreul-Vittet, cadre supérieur kinésithérapeute (75)

17h30 FIN DE SESSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de la Santé et des Sports

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous-Direction des ressources humaines
Du système de santé
Bureau exercice, déontologie
Et formation continue (RH2)

Personne chargée du dossier :
Magali Guillemot
tel : 01 40 56 43 42
fax : 01 40 56 58 46
magali.guillemot@sante.gouv.fr

Le Ministre de la santé et des sports,
à

Mesdames et Messieurs les directeurs
des agences régionales d'hospitalisation
(pour information)
Madame et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour mise en œuvre)
Mesdames et Messieurs les directeurs de la santé et du développement social
(pour mise en œuvre)

Circulaire n°DHOS/RH2/ 2009/395 du 31 décembre 2009 relative à l'organisation des XIVèmes Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée
NOR : Classement thématique : Professions de santé

Résumé : Déroulement du 21 avril au 23 avril 2010 à QUIMPER (Bretagne) des XIVèmes Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée (JNKS)

Mots clés : Session nationale de formation continue et congrès du Collège National de la Kinésithérapie Salariée (CNKS) : Parcours de ou en santé & Kinésithérapie

J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai accordé mon haut patronage à la session de formation continue et du congrès national du Collège National de la Kinésithérapie Salariée (CNKS) qui se tiendront à l'EPSM Gourmelen de QUIMPER (Bretagne) les 21, 22 et 23 avril 2010.

Dans le cadre de la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes, ces journées s'adressent à tous les professionnels salariés du territoire quel que soit l'organisme dont ils relèvent.

Le programme scientifique arrêté dans le cadre de cette manifestation permettra aux participants, grâce aux contributions de médecins et de rééducateurs, d'actualiser leurs connaissances dans les divers domaines de leur pratique professionnelle.

Ce type de manifestation pourrait utilement s'inscrire dans les différents dispositifs issus de la réforme de la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (1) 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

Dans cette perspective, les chefs d'établissements publics de santé sont invités à étudier favorablement les demandes d'inscription à ces journées de formation, dans la mesure où le fonctionnement du service le permet.

J'attacherais beaucoup de prix à ce que la plus grande diffusion du contenu de la présente note soit effectuée auprès des personnes directement concernées.

Pour le ministre et par délégation
Par empêchement simultané
de la directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
du Chef de Service

Emmanuelle QUILLET,

CNKS *XIV èmes JNKS JOURNEES NATIONALES DE LA KINESITHERAPIE SALARIEE*
Session de formation continue organisée par le CNKS
Organisme de formation continue N°11913292175 Code APE 804 C

BULLETIN D'INSCRIPTION

à faire parvenir à : **CNKS 127 avenue de Clichy 75017 Paris ou par fax 01 44 85 73 31**
avant le **samedi 03 avril 2010** (tarif normal) ou jusqu'au **lundi 12 avril 2010** (tarif majoré)

remplir en majuscules svp

NOM .....
Prénom .....

Date DE : ..... **Date CDS :** .....
Autre Diplôme : .....

Adresse domicile : .....
.....
Code postal ..... **Ville** .....
Tél. ..... **Tél. Cell.** .....
email .....

remplir en majuscules svp

FONCTION exercée :
- ◯ *Kinésithérapeute*
- ◯ *Cadre (service)*
- ◯ *Cadre sup (service)*
- ◯ *Cadre (enseignant)*
- ◯ *Cadre sup (enseignant)*
- ◯ *Directeur Soins*
- ◯ *Directeur Ifmk*

Etablissement .....
Service ou pôle : .....
Adresse .....
.....
Code postal ..... **Ville** .....
Tél. ..... **Fax** .....
email .....

Prise en charge par la formation continue : à compléter par le responsable de la formation continue de l'établissement, et adresser le bulletin à l'adresse indiquée en haut de page. Une convention de formation sera adressée, par le CNKS, dès réception du bulletin d'inscription, au directeur de l'établissement.

à compléter par le responsable

NOM.....
Prénom.....

Fonction.....
Adresse .....
Tél.....Fax.....
email .....

Fait à .....le...../...../.....

BON POUR ACCORD

Cachet de l'établissement

et signature du responsable de la formation

Prise en charge personnelle : joindre au présent bulletin dument complété, daté et signé, **le règlement** des frais d'inscription - et prestations annexes s'il y a lieu - par chèque à l'ordre du **CNKS**

A ..... le ...../...../.....

Signature du stagiaire

à compléter dans tous les cas

- ☐ **session complète : 350 €** (1)
- ☐ **tarif membre CNKS : 300 €** (1')
- ☐ **session(s) partielle(s) :**
  - ☐ **Mercredi après midi 85 €** (2) .....
  - ☐ **Jeudi toute la journée 170 €** (3) .....
  - ☐ **Vendredi toute la journée 170 €** (3) .....

TOTAL SESSION(S) PARTIELLE(S) = ...

Tarifs incluant pauses et repas de midi au self de l'hôpital
Confirmation obligatoire de présence pour ce(s) déjeuner(s)

☐ Jeudi ☐ Vendredi

TARIF MAJORE APRES LE 03 AVRIL 2010 :
(1) 400 € (1') 350 € (2) 100 € (3) 200 €

C.N.K.S. Association déclarée (Préfecture de Police de Paris)
Organisme de formation n° 11 91 3292175

PRESTATIONS ANNEXES ...

Soirée conviviale JNKS QUIMPER Jeudi 22 avril 2010

forfait participation congressiste ..... = 35 €
forfait participation conjoint(e) ..... = 70 €

NOM (M. /Mme) ..... Prénom .....
Adresse (**domicile**).....
Code postal ..... Ville .....
Téléphone ..... Fax..... ..email .....

Bulletin de réservation ..... **accompagné d'un chèque à l'ordre de CNKS,**

à retourner **avant le 12 avril 2010,** à CNKS 127 avenue de Clichy 75017 Paris

HEBERGEMENT : un service de réservation congrès à votre service

70 chambres, à un tarif négocié, très avantageux (**- 20 à - 30 %** sur les tarifs normaux)
dans des hôtels **** & *** du centre ville** (à 10 mn / 15 mn à pied du lieu de congrès)

Réservations à ce tarif exclusivement par l'office du tourisme de Quimper (+ 5 € frais de dossier)

- **soit par mail : tourisme.groupe.quimper@wanadoo.fr**
- **soit par tél : 02 98 53 30 98 - Fax. : 02 98 53 31 33**
- **soit par courrier : Corinne LE DU / Service Réceptif groupes Office de Tourisme de Quimper Cornouaille Place de la Résistance 29000 QUIMPER**

CONDITIONS GENERALES

Aucune réservation ne sera prise en compte sans le versement d'un acompte ou l'indication des coordonnées de la carte bancaire. L'acompte (par chèque) reçu avec la réservation sera déduit de votre facture hôtelière lors de votre départ.
***ANNULATION** : Seules les annulations parvenues à l'Office de Tourisme au plus tard le 15 avril autoriseront le remboursement de l'acompte (5 € seront toutefois gardés pour frais de dossier).*
Passé ce délai, aucun remboursement ne sera effectué.
Si les coordonnées de la carte bancaire sont indiquées en garantie, et sans annulation de la réservation par le client auprès de l'Office de Tourisme, l'hôtel se réserve le droit de prélever le montant d'une nuit sur la carte bancaire (sauf si cette chambre a été relouée).

REMERCIEMENTS A TOUS

LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

DE KINESCOPE & DES JNKS

Comité National d'Organisation :

Pascale Clément, Yves Cottret, Laurence Josse, Brigitte Plagès

CNKS 127 avenue de Clichy 75017 Paris Tél. / Fax : 01 44 85 73 31 cnks@wanadoo.fr

Comité Régional d'Organisation :

François Aimé, Emmanuelle Briand, Rémi Hignet, Thierry Regnault, Nicole Vincent

TARIFS

session complète : les 5 ½ journées : 350 € ..... tarif membre CNKS 300 €

session partielle : la journée : 170 € (jeudi ou vendredi)

la ½ journée : 85 € (mercredi)

Tarifs

- **déjeuners compris** (jeudi et vendredi au self de l'EPSM - offre exceptionnelle 2010)
- **hors prestations** : hébergement, soirée conviviale et recueil actas supplémentaire)

Toute inscription comprend 10 € d'adhésion individuelle et obligatoire, en qualité de membre participant du CNKS (conformément à la réglementation des organismes de formation associatifs loi 1901).

FICHET CONGRES SNCF - 20 % :

adressé à chaque participant avec l'accusé de réception d'inscription
ou sur simple demande auprès du secrétariat du CNKS

(envoi garanti uniquement pour les inscriptions parvenues avant le lundi 12 avril 2010)

Arrivée voiture IFSI de l'Etablissement Public de Santé mentale
de Quimper Cornouaille
1, rue Etienne Gourmelen
BP 1705 29107 Quimper Cedex
Tél. : 02.98.98.66.82 fax : 02.98.98.67.41

Stationnement réglementé : parking fléché JNKS à l'entrée du centre hospitalier

Arrivée en train : Gare de Quimper

Hôtels à 10 minutes à pied

Lieu des JNKS à 10 minutes à pied

JNKS QUIMPER 2010 amphithéâtre ifsi - Hôpital Gourmelen - QUIMPER

Jeudi 22 avril 2010 matin

08h30 ACCUEIL

SESSION 2 Au cœur de la formation *Présidence Yves Cottret*

09h00 1ère partie

- **Formation professionnelle : pédagogie du problème et problématisation**
  Daniel Michon, directeur d'Ifcs (38)
- **Réingénierie et universitarisation : réalités et perspectives**
  Marie-Ange Coudray, conseillère technique Dhos (75)

10h30 PAUSE

11h00 2ème partie

- **Changement de culture et universitarisation ; Tutorat : des principes réglementaires aux réalités pratiques**
  Nicole Vincent, directrice d'Ifsi (29)
- **Accompagner les réformes de réingénierie : l'affaire des formateurs et des cliniciens**
  Yves Cottret, président du CNKS

12h00 DEJEUNER

Jeudi 22 avril 2010 après-midi

13h30 ACCUEIL

SESSION 3 Au cœur des pratiques bretonnes *Présidence François Aimé*

14h00 1ère partie

- **L'escalade au service de la rééducation**
  Michèle Gouin, kinésithérapeute (29)
- **Formaliser la prévention des escarres**
  Yolande Le Neurès, infirmière (56)
- **Education thérapeutique en réhabilitation respiratoire**
  Marc Beaumont, kinésithérapeute (29)
- **Image du corps après un AVC**
  Virginie Kermorgan, kinésithérapeute (29)
- **Un outil d'analyse cinématique du mouvement**
  Rémy Hignet, directeur de Soins de Rééducation (29)
- **Test de marche en réadaptation cardiaque**
  Jean-Marc Riou, cadre kinésithérapeute (29)

16h00 PAUSE

... Transfert à Concarneau

17h00 2ème partie

- **Visite du centre de rééducation fonctionnelle de Concarneau**
- **Visite de Concarneau**

18h30 FIN DE SESSION

19 & 30 SOIREE CONVIVIALE

CNKS XIV èmes JNKS JOURNEES NATIONALES DE LA KINESITHERAPIE SALARIEE
Session de formation continue organisée par le CNKS
Organisme de formation continue N°11913292175 Code APE 804 C

JNKS QUIMPER 2010 amphithéâtre ifsi - Hôpital Gourmelen - QUIMPER

Vendredi 23 avril 2010 matin

08h30 ACCUEIL

SESSION 4 Au cœur de l'évaluation

Présidence Andrée Gibelin

09h00 1ère partie

- **Références, référentiels et référents**
  Andrée Gibelin, kinésithérapeute chef, psychologue du travail (69)
- **Handicap : pour quoi et comment l'évaluer, avec quelles compétences professionnelles ?**
  Jean-Louis Bruckner, cadre supérieur kinésithérapeute (31)
- **Expérience de démarche EPP des kinésithérapeutes hospitaliers**
  Camille Petit, cadre supérieur kinésithérapeute (74) & Marie-Christine Riondy, cadre kinésithérapeute (74)

10h30 PAUSE

11h00 2ère partie

- **Cartographier les compétences pour mieux les évaluer**
  Anne-Lise Camiul, cadre ergothérapeute (75)
- **Professionnaliser recrutement et accompagnement du parcours professionnel : les enjeux d'une évaluation partagée**
  Eric Roussel, coordonnateur général des soins (75)

12h15 DEJEUNER

Vendredi 23 avril 2010 après-midi

13h00 ACCUEIL

SESSION 5 Au cœur de la recherche

Présidence Jacques Vaillant

13h30 1ère partie

- **Programmes Hospitaliers de Recherche : Clinique, Infirmier, Kinésithérapique ? Lieux, financements et acteurs pour quelles recherches ?**
  Pierre-Henri Haller, cadre kinésithérapeute (13)
- **Petit traité de recherche pragmatique à l'usage du kinésithérapeute**
  Pascale Gosselin & Gérard Guingouain, professeurs d'université (35)
- **Formation, exercice et recherche : de l'utilité professionnelle à l'utilité sociale**
  Jacques Vaillant, cadre supérieur kinésithérapeute (38)

15h00 PAUSE

15h30 2ème partie

- **Regard interprofessionnel sur les JNKS**
  Marie-Chantal Morel, directrice d'Ife (33)
- **Des territoires métiers aux champs professionnels : quelle(s) culture(s) ?**
  Yves Cottret, président du CNKS
- **Bilan et perspectives... JNKS 2011**
  Laurence Josse, vice-présidente du CNKS

16 h 30 CLOTURE

XIVèmes JNKS JOURNEES NATIONALES DE LA KINESITHERAPIE SALARIEE
Session de formation continue organisée par le CNKS
Organisme de formation continue N°11913292175 Code APE 804 C

CHR
LE GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
Recrute
MASSEURS-KINESITHERAPEUTES (A temps plein)
Pour différents services
Postes à pourvoir à compter de janvier 2010
Envoyer lettre de motivation et CV au DRH
G.H.S.R. – BP 350
97448 Saint Pierre Cedex
Tél. 02 62 35 90 00 - Fax 02 62 35 99 55
drh.ghsr@chr-reunion.fr

CNKS
Collège National de la Kinésithérapie Salariée
au cœur du métier...

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

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

Cithéa communication

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

Jacques Bergeau et Hélène Bergeau, directeurs d'Ifmk

→ Les apprentissages cliniques et la formation clinique

Le terme formation clinique (clinical education) renvoie à l'acquisition supervisée de compétences professionnelles, celle-ci étant particulièrement appropriée aux séquences d'enseignement en environnement clinique comme les tables rondes relatives à un cas clinique.

Le but de la formation clinique est de donner à des étudiants l'opportunité, en situation clinique, d'atteindre le niveau de compétence d'un praticien débutant en intégrant leurs connaissances et capacités à des niveaux croissants de performance et de responsabilité sous la guidance de praticiens qualifiés (Université de Sydney 2005).
Le parcours de formation clinique est perçu comme l'élément essentiel pour le développement des compétences cliniques et des attitudes professionnelles (Strohschein et al, 2002)

La formation clinique est une composante à part entière du curriculum de formation, composante indispensable et incontournable pour que l'étudiant devienne professionnel de santé et intègre le corps professionnel des kinésithérapeutes. Une formation professionnelle ne peut se concevoir sans la confrontation des personnes formées tant à des situations réelles, habituelles, généralistes qu'à des situations spécifiques et emblématiques de l'exercice professionnel attendu.
La formation clinique doit être considérée comme un processus et non comme un objectif. Elle permet dans un premier temps, lors des soins aux patients, la mise en pratique, l'application des connaissances et procédures étudiées au cours de la formation académique et pratique en institut de formation.
Elle doit cependant aller plus loin, et permettre avant la prise de fonction en toute autonomie du professionnel, la résolution de problèmes divers, différents de la pratique clinique courante, par transfert de connaissances.

L'expérience vécue au cours des séquences de stage ne peut être en soi l'objectif de la formation clinique. L'expérience et la simple mise en pratique ne peuvent être le but ultime et unique des mises en stage qui composent le parcours de formation clinique. Il faut que le matériel issu de l'expérience soit reconstruit par l'apprenant,

pour générer connaissances, procédures et stratégies, venant enrichir et remodeler ses savoirs antérieurs. C'est la conception du constructivisme : tout apprentissage est construit par chaque apprenant à partir des matériaux de base que constituent leurs expériences, leurs connaissances et leurs conceptions antérieures.
L'expérience en stage permet la confrontation avec les pairs, source d'interactions sociocognitives, véritables boucles régulatrices des comportements et attitudes professionnels, véhicules de valeurs, règles éthiques, normes, ... etc. C'est l'apport du socioconstructivisme, qui ajoute, dans la construction des apprentissages, les interactions sociocognitives avec les pairs, formateurs et enseignants.
La construction issue de l'expérience est le résultat de processus cognitifs tendant à extraire des situations vécues des invariants. Sont appelés « invariants » les éléments de connaissance issus de l'expérience identifiés par l'analyse puis décontextualisés pour être classés, catégorisés et enfin généralisés. Dans toute situation nouvelle, la recontextualisation des éléments appris pourra mettre en exergue les éléments nouveaux par rapport aux éléments retrouvés dans des situations cliniques proches. Par exemple, issue des expériences cliniques dans le champ musculo-squelettique la raideur post-traumatique est un invariant que l'étudiant-apprenant est amené à observer, analyser et objectiver. Pour autant, l'expression de cette raideur post-traumatique sera différente à chaque nouvelle situation clinique.

Pour qu'il y ait construction de savoirs au-delà de la simple expérience, des outils sont nécessaires pour permettre la prise de distance, la réflexion, le raisonnement. Dans les formations professionnalisantes, études de cas et apprentissages par problèmes sont deux modes possibles pour construire, au-delà de la simple observation et narration, les jugement et analyse indispensables à la prise de décision et à l'action.
Une étude de cas est un texte écrit ou simulé, un témoignage oral ou enregistré, relatant une situation problématique concrète et réaliste, c'est-à-dire un incident significatif, une situation embarrassante ou critique ou tout simplement le déroulement d'une situation dans le temps. L'étude de cas sert, lors de discussions de groupe, soit à amorcer une quête d'information, soit à amener une analyse du problème, soit à une prise de décision (Muchielli, 1969). Les apprentissages par problèmes utilisent des processus de résolution d'un problème complexe ; les participants, regroupés par équipes, travaillent ensemble à chercher des informations et à résoudre un problème réel ou réaliste proposé de façon à développer des compétences de résolution de problème et à faire en même temps des apprentissages de contenu (Guilbert et Ouellet, 2004).

Une définition et une conception du raisonnement clinique : "l'activité intellectuelle qui synthétise des informations obtenues de la situation clinique, l'intègre avec la connaissance précédente et l'expérience puis l'utilise pour formuler un diagnostic et prendre des décisions de traitement" (Newble, 2000)

La formation clinique nécessite évaluation et critères pour mesurer la progression et les performances par niveaux. L'outil « Clinical Performance Instrument » propose 18 critères pour mesurer la compétence attendue d'un étudiant et définir le niveau des pratiques lors de l'accès à l'exercice professionnel (American Physical Therapy Association, 2005).
6 critères relatifs à la pratique professionnelle : sécurité pour le patient, professionnalisme, responsabilité, communication, raisonnement clinique et adaptabilité culturelle.
9 critères relatifs au parcours de soins en kinésithérapie : dépistage et orientation, examen clinique, évaluation, diagnostic et pronostic, planification des soins, interventions procédurales, éducation et formation, documentation et évaluation des résultats de l'intervention kinésithérapique.
3 critères relatifs à la gestion de la pratique professionnelle : financement des soins (aspect économique), supervision du personnel et développement professionnel.
Autre exemple, dans la réforme des études d'infirmière, une évaluation **« qualitative » des acquis en stage se fait à l'aide du portfolio,** renseigné à chaque fin de stage lors de l'entretien de bilan des acquis du stage. L'étudiant renseigne, préalablement à l'entretien, la page « Analyse de pratique » et les professionnels ayant travaillé directement avec l'étudiant sont interrogés s'ils ne participent pas à cet entretien. Le point de départ de l'entretien concerne les activités effectivement réalisées par l'étudiant pendant le stage.
Si le portfolio est l'outil de l'étudiant et relève de sa responsabilité, **le livret d'évaluation est l'outil de traçabilité et relève de la responsabilité de l'institut de formation** (IFSI). Cet outil contient : une fiche identification de l'étudiant, une feuille récapitulative du semestre, une feuille de bilan de stage, une feuille de synthèse des acquisitions de compétences en stage, une feuille récapitulative des "actes, activités, techniques de soins", une feuille de passage d'année, une feuille récapitulative des stages et une feuille de diplôme d'Etat. Une compétence doit être acquise en fin de première année, la moitié des compétences en fin de deuxième année et la totalité des compétences du référentiel en fin de formation initiale.
Enfin, dans le cadre de la réingénierie des diplômes paramédicaux, les savoirs sont abordés dans leurs interrelations

et articulés autour de situations professionnelles afin de permettre la mobilisation des compétences pour comprendre, agir et transposer. Pour intégrer les savoirs cliniques dans le parcours de formation, **l'unité d'enseignement dite unité d'intégration peut inclure et/ou combiner plusieurs modalités :** mise en situation simulée, production écrite ou orale à partir des stages, analyse des situations vécues en stage...

Si elle se conçoit bien en formation initiale, **la formation clinique doit se penser tout au long de la vie professionnelle**. Il s'agit alors d'envisager l'acquisition de nouveaux savoir faire et l'actualisation de ces savoirs dans le cadre d'un modèle d'apprentissage cognitif à quatre composantes (Page, 2004) :
• contenu : type de connaissance exigée pour développer l'expertise,
• méthode : manière de promouvoir le développement de cette expertise,
• séquençage : étapes-clés pour l'étude des activités,
• sociologie : caractéristiques sociales de l'environnement d'apprentissage.

Dans sa thèse « Apprendre à devenir kinésithérapeute », Lindquist (2006) évoque les apprentissages cliniques et les compétences à acquérir dans trois directions :
• thérapeute : analyser, définir et traiter des problèmes de structure ou de fonction,
• éducateur : résoudre les problèmes des patients relatifs au mouvement (au sens large), tels que marcher, monter ou descendre un escalier, se lever d'une chaise ou d'autres activités de la vie quotidienne,
• conseiller : identifier et gérer les problèmes de mouvement perçus par une personne dans son contexte habituel de vie ou dans une situation qu'elle a choisi.

Il est important que les « kinésithérapeutes formateurs cliniques » **connaissent les référentiels d'activités et de compétences du métier et prennent de la distance par rapport à leur propre formation** initiale ou continue. Véritables référents professionnels, il doivent être en mesure d'accompagner les étudiants en les aidant par exemple à distinguer "pratique clinique" et "pratique des techniques fondamentales" (encore appelées « technologie de base en kinésithérapie ») ou à distinguer "raisonnement clinique" et "justifications des techniques fondamentales "
Il est souhaitable de concevoir une formation clinique interprofessionnelle en santé et pas seulement en kinésithérapie, avec interaction de l'étudiant avec tous les professionnels de santé du terrain de stage.
Pour savoir quelle alternance est souhaitable, il faut se poser la question de l'acquisition des compétences : un ou plusieurs stages longs pourraient être nécessaires (clinicat).
Au final, seul un véritable **"contrat d'apprentissage clinique"** permettant une négociation de l'étudiant avec un terrain de stage – qu'attendez-vous de moi ? que pouvez-vous m'apporter ? – et un **partenariat entre l'institut de formation et le terrain de stage** - que pouvons-nous construire ensemble ? – sont de nature à spécifier la place primordiale de la formation clinique dans le parcours de formation en kinésithérapie.

Praticoscope

Situation clinique et mémoire professionnel
Construction d'une identité

→ Anne Pilotti, kinésithérapeute

La situation clinique est une situation-problème[1] complexe à laquelle est confronté quotidiennement, le masseur-kinésithérapeute.
Ce professionnel va aborder ce problème en construisant un processus que l'on appelle raisonnement clinique.

• Raisonnement clinique

Le raisonnement est « une suite de propositions déduites les unes des autres[2] ». Il s'agit ici d'établir, à partir d'observations et d'informations un diagnostic et de concevoir et réaliser un traitement.
D'après Quinton[3], il y a trois catégories d'éléments qui composent ce raisonnement clinique: les connaissances, les stratégies et une conscience des limites.
Si des connaissances sont théoriques - celles qui concernent les pathologies et les traitements – d'autres sont issues des observations et des examens. Les stratégies sont diverses, tant sur la procédure à utiliser pour recueillir l'information que sur l'élaboration du diagnostic et du traitement.
La conscience des limites remet le professionnel dans la réalité, elle l'oblige à approfondir ses connaissances, à argumenter et à faire des choix thérapeutiques.
Au milieu des différents obstacles et paradoxes, c'est là que le professionnel va prendre sa place et acquérir sa professionnalité. C'est cette discussion intérieure, qui pose le plus de problème d'élaboration et c'est aussi cela qui va demander de l'entraînement. Le thérapeute va entreprendre une démarche qui commence par une synthèse de l'information obtenue dans une situation clinique, il va y intégrer des connaissances et des expériences antérieures. Il va ensuite, organiser tout cela pour faire un diagnostic et mettre en place un traitement adapté à son patient et à la situation.

Pour appréhender et s'approprier ces situations cliniques, il faut pratiquer et se confronter aux différents mécanismes qui composent le raisonnement.
C'est son écriture qui va obliger le professionnel à élaborer et expérimenter son argumentation.
C'est pourquoi, il est important de travailler ces mécanismes, souvent non-exprimés par le professionnel, pendant les études, en particulier dans le mémoire professionnel où sont rassemblés pour la première fois, tous les éléments d'élaboration et de mise en pratique de cette activité.

• Le mémoire professionnel.

Le mémoire professionnel est un mémoire de fin d'étude, qui a pour point de départ une situation clinique, avec une structure assez normée. Les étudiants débutent leur travail, souvent au cours de la deuxième année, avec le choix sur le terrain de stage de leur sujet de mémoire. Cela se poursuit, en troisième année, par les recherches bibliographiques, l'écriture du mémoire et de la discussion, qui est la plupart du temps rédigée et terminée en dernier.
Ce n'est donc pas un exercice en situation, mais à distance. Cette distanciation donnée à l'élaboration de ce travail permet à l'étudiant d'habiter et d'approfondir sa réflexion. Il laisse le temps à l'étudiant pour mûrir et se transformer en professionnel réflexif. Il lui donne l'opportunité de prendre du recul et de se poser les bonnes questions : qu'est ce que j'ai fait ? Mon exploration diagnostique et mes choix thérapeutiques étaient-ils judicieux ? Y avait-il d'autres façons d'appréhender la situation ? L'étudiant peut alors mettre la lumière sur ces impasses et mieux comprendre sa façon de raisonner.

Situation clinique et mémoire professionnel
Construction d'une identité (fin)

→ Anne Pilotti, kinésithérapeute

Il est face à une situation clinique qu'il doit (re)construire et mettre en mot.
Ce travail d'écriture différé, oblige l'étudiant à se confronter aux enjeux de l'écriture professionnelle. Qu'est ce qu'on peut écrire sur un patient ? Comment le dire ? Qu'elle est la commande institutionnelle ? Que faut il que je mobilise pour écrire ? Qui va me lire ?
Il y a aussi une confrontation à la loi : garder l'anonymat du patient, obtenir son consentement écrit pour utiliser des photos prises en situation et son dossier médical. Ces mêmes enjeux, il les retrouvera sous d'autres formes lors de son exercice professionnel. C'est un véritable parcours initiatique et responsabilisant.

Ce travail écrit permet de montrer ce qui se passe dans la réflexion de l'étudiant. Cela commence avec l'observation du patient et des données. L'étudiant doit approfondir la théorie, affiner son observation et son écoute, verbale et non verbale, son interrogation. Il doit se transformer en décodeur du corps, descripteur, pour à nouveau recoder le tout et le mettre en mots. Il doit observer et mettre en lien. Il doit ensuite écouter et entendre : *que me dit le patient ? Qu'est ce que j'observe ?*
Il me dit qu'il a mal à la main, mais je vois qu'il y a quelque chose à l'épaule. Réussir à organiser les informations recueillies et à les faire parler est un vrai challenge et l'écriture est là pour l'obliger à structurer sa pensée. *« En ce mois de juin 2009 notre jeune patient doit passer des examens cardiaques et digestifs pour voir s'il pourra supporter l'opération*[4]. L'étudiant apprend à hiérarchiser les données, a être synthétique et à se construire des éléments de référence.
Il est alors possible d'apprécier la cohérence de son raisonnement et le chemin parcouru. « Les raisonnements professionnels ne sont pas la simple application de la logique aux situations, (...)

ils actionnent des « schèmes opératoires » *spécifiques*[5] ».
Il va devoir mobiliser une suite de combinaisons de pensées. Il s'agit bien d'un cheminement intellectuel qui, grâce aux référents de stage, va amener une professionnalisation de la part de l'étudiant. Le référent de stage a un rôle important dans l'analyse des stratégies mises en place par l'étudiant.
Que ces stratégies concernent l'investigation ou l'élaboration de la réflexion.
Il peut en expliquant et interrogeant l'étudiant, aider ce dernier à approfondir son travail et lui montrer les écueils.
C'est en suivant l'évolution de l'écriture de l'étudiant que l'on peut alors évaluer le chemin parcouru et comprendre ce qui se passe dans la tête de ce dernier.
C'est là, un indicateur important.
« Je pose ensuite une plaquette, qui est en réalité deux abaisses langues placés l'un à côté de l'autre et reliés par du sparadrap[6]*. »*
L'étudiant va intégrer des codes et des modes de fonctionnements, il va enrichir sa démarche.
« C'est une plaquette réalisée par deux abaisse langue. De forme triangulaire à base antérieure. Celle-ci est maintenue à l'aide de bandes d'Elastoplaste®. La coloration des orteils du pied droit est la même qu'au pied gauche signe d'absence de compression par les bandes. A l'ablation de la contention, Sh. ne présente aucune rougeur et le pied est sec. L'appareillage est dans l'ensemble bien supporté[7]*. »*

Les situations cliniques sont toutes singulières. Le patient, l'environnement et les relations sont différents. L'intervention pour une même pathologie peut requérir des solutions multiples en raison de certains paramètres.
Le professionnel, par son expérience et son sens de l'analyse des situations, s'adapte et apporte des réponses ajustées et efficaces.

L'apprentissage de ce raisonnement clinique nécessite un investissement de l'étudiant pour travailler, triturer, malmener sa pensée.
C'est notamment avec la formulation de la problématique et la discussion, que ce processus va s'implémenter. Cette question sans

réponse qu'est la problématique, l'amène à regarder, creuser, comprendre et accepter les paradoxes. Il doit mettre les différents auteurs en discussion et sortir une véritable réflexion, un chemin d'idées et de débats qui complexifie le sujet pour amener de la matière, de l'épaisseur au raisonnement. Certains étudiants butent sur cette étape, faute d'avoir suffisamment envie ou faute d'avoir un jugement critique plus constructif.

« La désafférentation proprioceptive que subit Tristan à cause de son immobilisation quasi-permanente, induit une perturbation de sa « bilatéralité ». Il explore ce qu'il a devant lui qu'avec sa main droite. Il est privé ainsi d'information sensitive au niveau de sa main gauche, ce qui entraîne une altération de son schéma corporel[8]*. »*
Lire, comprendre et acquiescer sans passer cela dans une machine à digérer, critiquer et discerner est inutile. « L'écriture ne relate pas, elle reconstruit pour nous rendre plus clairvoyants sur nos actes[9] ».
L'étudiant apprend à analyser les données et les savoirs, pour les mettre en perspective. Il va devoir mettre en débat ses référentiels théoriques.
« Mais la rééducation visant à limiter ces séquelles est en contradiction avec celle facilitant la construction du schéma corporel. La première impose une immobilisation et des postures quasi permanentes. Tandis que la deuxième demande une « utilisation du corps » dans sa globalité, le plus fréquemment possible. Il paraît donc difficile de faire l'une et l'autre sans léser une des deux rééducations[10] *»*
Il y a dans ce minuscule extrait, une étudiante qui s'affirme plus en tant que "professionnelle" et qui construit un raisonnement plus affirmé, avec des arguments plus clairs. Cette écriture qui va l'aider à changer de posture -de celle d'étudiant-acteur à celle de kinésithérapeute, professionnel réflexif - lui permet aussi de déchiffrer son environnement social et professionnel. La reconnaissance de son travail et de sa transformation participe à l'élaboration de son identité professionnelle.

• Construction d'une identité

« L'identité (..) est une confrontation et une négociation renouvelées entre réalité et idéal[11] »
Cette négociation identitaire est le fruit d'actions effectuées par le sujet. Il existe donc une dynamique identitaire. Celle-ci se construit et se transforme tout au long des expériences de l'individu, au travers des interactions de ce dernier avec son environnement. Ce mouvement identitaire s'effectue à travers ce travail d'élaboration d'un écrit professionnel. Cette identité passe par la formation académique, par des savoirs pratiques acquis sur le terrain, par l'expérience et par un langage technique commun au corps professionnel, ce qui permet de se comprendre et de partager les mêmes valeurs. L'écriture et la soutenance du mémoire, - exercices difficiles et parfois douloureux - participent avec les échanges entre l'étudiant et les professionnels qui l'entourent, à la constitution de cette identité.

Références :

1 **Bergeau J, Pilotti A (2009) Une situation clinique : kézaco ?. in kinéscope n°16, p16.**

2 **Larousse 2009.**

3 **Quinton A (2007). L'enseignement du raisonnement clinique. www.crame.ubordeaux2.fr/pdf/enseignementraisonnementclinique.pdf**

4 **Extrait d'une 1ère version d'un mémoire de fin d'étude.**

5 **Perrenoud P (2001) Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle. http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html**

6 **Extrait d'une 3e version du mémoire de Mr X**

7 **Extrait d'une version finale du mémoire de Mr X**

8 **Extrait d'une 1e version du mémoire de fin d'étudede N.**

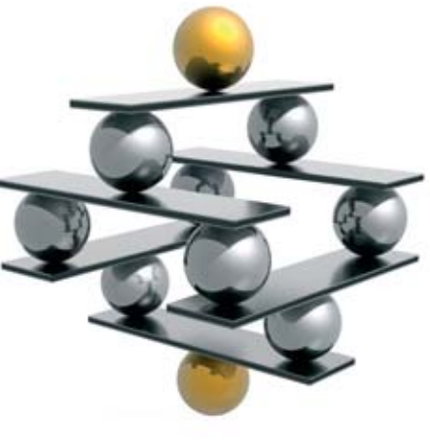
9 **Gomez F(2001) Le mémoire professionnel, objet de recherche et outil de formation. De Boeck université. P 57.**

10 **Extrait d'une dernière version du mémoire de fin d'étude de N.**

11 **GIUST-DESPRAIRIES, F., « L'identité comme processus, entre liaison et déliaison », Education permanente, n°128, 1996, pp.63-70.**

Activités, compétences et ingénierie de formation : paradigme ou programme ?

→ Hervé Cochet, directeur d'Ifmk



Le modèle européen de construction d'un programme de formation, inscrit dans la pensée "ingéniériale", se construit depuis les activités jusqu'aux unités d'enseignements en passant par les compétences. Sa clé de voûte se situe à l'instant où trois questions apparaissent faisant basculer des référentiels activités/compétences aux savoirs à organiser en programme.

Posées aux situations "emblématiques" de la pratique professionnelle - dont le programme de formation est en jeu - ces trois questions sont :
• quels savoirs pour comprendre cette situation ?
• quels savoirs pour agir et évaluer l'action dans cette situation ?
• quels savoirs pour transférer vers une situation plus ou moins apparentée ?
Une courbe se trace. Elle part du terrain - référentiel descriptif d'activités - et s'élève vers le monde des idées, de la pensée, de la conception, de l'évaluation (référentiel de compétences). Puis elle revient vers les savoirs, elle les range, les classe et hiérarchise, elle les programmatise.
Mais naissent des questionnements :
* l'activité, c'est ce qui se fait, ce n'est pas l'être... Peut-on donc partir des activités (ce qui se fait) pour imaginer, construire l'être (le professionnel) ?
* la compétence s'acquiert-elle par le ou les savoirs uniquement ? Fussent-ils intégratifs ? N'est-ce pas au moins de connaissances dont nous parlons, donc d'une appropriation bien intime, et bien singulière ?
* la compétence n'est-elle pas définissable qu'en situation ? Et, de plus, en situation de lien social car ce sont les autres qui évaluent, affirment la compétence de la personne en activité !
* quels rôles joue cette courbe magnifique de clarté rationnelle ? Ne contient-elle pas un mouvement ordonnateur fort ?
* peut-on programmatiser des compétences ?
La réflexion sur cette méthodologie pose des questions effectivement paradigmatiques : visions du monde sous-tendues, visions politiques sociales et éducationnelles mobilisées.
Penser en termes d'"ingénierie", c'est s'inscrire dans une vision paradigmatique dont la définition et le questionnement, se trouveront intégralement aux sources de la formation finalement construite.
Rappelons que l'ingénieur conçoit mais ne réalise pas. Est-ce bien dans ce paradigme que nous nous situons ?

Ainsi, nous faut-il définir :
• tout d'abord la notion de paradigme,
• puis questionner la nature du paradigme, peut être objet de changement ici, en formation.
À première vue, un paradigme est un exemple. Il est alors pris comme une situation dont les paramètres sont nombreux à être sous maîtrise. Il encadre un dispositif expérimental. Il est, dans cette acception, de l'ordre d'un particularisme, d'une singularité identifiée. Nous appartenons alors à la zone "dure" de la science, celle qui recherche la preuve par contrôle et mesure.
Plus largement, en épistémologie, le paradigme est une source, un large cadre conceptuel inconscient où se déploient la pensée, la science et la réflexion. Il est une vision du monde, qui tapisse, sans que nous en ayons connaissance, notre rétine conceptuelle. Nous lisons le monde, nous tentons de le penser, le théoriser grâce à lui.
Nos conceptions s'enracinent en lui, et ainsi, le consolident, le valident.

Encore, un paradigme est composite. Il est suffisamment vaste et complexe pour supporter sans

ébranlement des constructions théoriques opposées, concurrentes, pour la pensée humaine dans sa courte durée. Car il s'inscrit dans une temporalité historique, celle des idées bien plus que celle des êtres.
Il est pluriel, tout en assurant une cohérence de socle à ces pensées divergentes, semblant hétérogènes.
Il vacille, se fragilise, s'effondre, quand s'accumulent des brèches, des espoirs inventifs, laissant apercevoir une nouvelle vision du monde, à son tour incertitude à valider, à consolider. Le monde était fixe, divinement créé ...
il est maintenant évolutif, fruit d'un incroyable hasard. L'homme était création suprême, il est de plus en plus chimère improbable et polymorphe.
Passer de formations conçues sous forme de liste de savoirs présupposés indispensables, à des formations dont la re-ingénierie tente de nommer les compétences nécessaires à j +1 du diplôme, est-ce changer de paradigme ?
Et de quel paradigme parlons-nous ?
Sans explorer pleinement cette question stratégique et politique, écume des jours, esquissons quelques bribes de réponses :

• construire par les savoirs, *a priori comme a posteriori*, revient à rester dans le postulat didactique posant les savoirs comme l'origine de la démarche formative,
• rechercher ce que fait emblématiquement le professionnel attendu pour le doter des compétences lui permettant « de faire », justement, relève d'un utilitarisme affiché, revendiqué,
• ne pas interroger l'être pour ancrer l'ensemble du dispositif de ré-ingénierie dans les savoirs pour comprendre, agir et transférer en regard de situations circonscrites et caractéristiques, relève d'un cognitivisme triomphant, loin d'un humanisme de l'élaboration tâtonnante et expérientielle,
• repérer du faire, puis du savoir pour faire, avant de penser de l'être, relève d'un productivisme froid, à êtres interchangeables,
• construire plus qu'élaborer, copier/coller plus que reformuler sans cesse, signe l'architecte, l'ingénieur, bien plus que l'artisan, l'artiste, le créateur, l'inventeur.

Si de paradigme nous changeons, n'oublions pas la lenteur, le processus de lente distinction qui marquerait ce changement. Et donc alors, rendons-nous à l'évidence, ce progressif glissement, loin d'un changement/rupture paradigmatique, semble aller plus profondément dans le cœur du paradigme déjà à l'œuvre depuis le début de l'ère industrielle, celui de l'homme au service de la production, de l'utile, du rentable.
Ce n'est sans doute qu'un changement/continuité, à la hauteur de nos leurres, de nos heures.
D'activités à compétences, à la recherche d'un nouveau programme plus efficace, ne sommes-nous pas à la dérive, à l'éloignement d'un "paradigme perdu", celui de l'Autre, de l'Être Humain ?

Hervé COCHET,
Docteur en Sciences de l'Éducation
La Grande Motte 02/03 octobre 2009
Colloque UIPARM

Pour en savoir plus :

Edgar Morin étudie en profondeur la notion de paradigme dans le tome 4 de La Méthode : Les Idées.

MORIN E. 1991 La Méthode 4 : Les idées - Paris Éditions Seuil.

Il s'exprime ainsi : "Nous en sommes au préliminaire dans la constitution d'un paradigme de complexité lui-même nécessaire à la constitution d'une paradigmatologie. Il s'agit non de la tâche individuelle d'un penseur mais de l'œuvre historique d'une convergence de pensées."

Pour cerner plus profondément la définition et l'action dans le fonctionnement scientifique, de l'idée de paradigme :

KUHN T.S. 1972 La structure des révolutions scientifiques - Paris Éditions Flammarion.

Il démontre la solidité du paradigme où se développent des « matrices disciplinaires » et comment un changement peut, néanmoins, finalement subvenir.

Pour explorer le paradigme techno-économique :

A. SAMUELSON, Les grands courants de la pensée économique - Concepts de base et questions essentielles, 1992, 5e édition 1997, Presses Universitaires

de Grenoble, collection "Libres Cours - Économie"

L'inversion entre l'homme et la société, marque d'un productivisme devenant paradigme super-structurel (langage marxiste) est lisible.

au cœur de la recherche

Jacques Vaillant, cadre supérieur formateur

→ Comment combler le retard de la kinésithérapie en matière de recherche ?

Partie 1 : la formation initiale

Il suffit d'investiguer les auteurs des revues bénéficiant du meilleur facteur d'impact de la profession ou du domaine de la réadaptation fonctionnelle pour observer que des pays à la démographie bien inférieure publient plus d'articles chaque mois, que la France, chaque année. Ainsi la Finlande (5 millions), la Suède (9 millions), la Nouvelle-Zélande (4 millions) ou Israël (7 millions) fournissent bien plus de « papiers » que la France et ses 65 millions d'habitants (dont 65 000 kinésithérapeutes). Pourquoi un tel décalage ?

La culture volontiers plus portée sur la validation de la qualité de ce qui est fait par la logique est un facteur explicatif. En effet, la kinésithérapie française, mais également à l'origine celle des pays latins, s'est bâtie sur une conception logique des actes et des techniques.
Par exemple, le mouvement est douloureux chez les patients victimes d'un lumbago. Le repos évite la douleur, permet la cicatrisation et est spontanément adopté par le patient. En conséquence, la règle est de mettre au repos tout patient atteint de lumbago.
Cette règle satisfait notre cartésianisme. En plus : « cela marche », en tout cas c'est l'impression (éminemment subjective) des masseurs-kinésithérapeutes… éventuellement également celle des patients…
Pourtant, les études ont montré l'inverse : il vaut mieux continuer à bouger.

Comment peut-on se tromper à ce point ? La difficulté avec le raisonnement, c'est que l'on ne peut, à un moment donné, que raisonner avec ce que l'on a … comme connaissance. Les mécanismes de cicatrisations ne sont bien connus que depuis peu. L'impact positif des mouvements sur les tissus et sur l'organisation du collagène étaient inconnus, quand les règles de la profession se sont constituées. Les pays Anglo-Saxons inspirés par les philosophes du XVII[e] et XVIII[e] siècle considèrent que la raison est trompeuse, ou en tout cas limitée. Les seuls sens pour donner accès à la connaissance ? C'est le sens étymologique du mot « empirisme » aujourd'hui dévoyé en langage courant.
La complémentarité des deux modes de constitution des savoirs est reconnue. Elle nécessite à la fois un travail sur la capacité de raisonnement de conceptualisation et un travail sur la (les) méthode(s), notamment d'évaluation et d'investigation. Loin de s'opposer, ces deux approches se complètent.
C'est pour cette raison que dans tous les pays d'Amérique du nord, d'Europe du nord et d'Océanie, la formation « par » et « à » la recherche fait partie intégrante de la formation initiale des praticiens « de terrain ». Il s'agit à la fois de donner une « première expérience » de la démarche scientifique mais également de produire des savoirs utiles collectivement. Réalisés dans le cadre de master, les mémoires produits à l'aide de méthodologies expérimentales ou observationnelles contribuent à développer un corpus de connaissance « physiothérapique » (kinésithérapique). Ils ouvrent également les jeunes professionnels à la poursuite d'étude dans le cadre des disciplines universitaires générales en sciences humaines et sociales (psychologie, sociologie, anthropologie, etc.) en sciences biologiques et médicales (neurosciences, biomécanique, sciences du mouvement, etc.) . Dans ce cas, les professionnels titulaires du master d'exercice de physiothérapie (PT) reprennent un cursus les conduisant à un master de sciences (MSc) ouvrant la voie aux doctorats (PhD).

Pour la majorité des jeunes diplômés, la formation à la recherche leur permettra « seulement » de devenir un lecteur avisé des revues, capable d'évaluer la qualité méthodologique, d'interpréter les résultats et d'analyser des données.

Imaginons nos 2000 nouveaux diplômés formés sous ce mode dont 2 % embrasseraient une poursuite d'études universitaires pour assurer une production de connaissance. Au bout de 10 ans, 400 physiothérapeutes chercheurs produiraient 400 à 800 articles par an[1] dans les revues internationales. La kinésithérapie française reprendrait une place « logique » dans le classement international de la recherche (où elle est au 6[e] rang général – selon indicateur synthétique SCOREMOY[2]).

Références :

1 **La production moyenne des maîtres de conférences français est comprise entre un et deux articles indexés par an.**

2 **http://www.strategie.gouv.fr/revue/article.php3?id_article=126**

FONDATION MACSF

Pour une meilleure relation soignants-patients

« EN 5 ANS D'EXISTENCE, DÉJÀ PLUS DE 40 PROJETS SOUTENUS… »

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

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

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

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

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

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

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

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

MACSF assurances - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DÉFENSE CEDEX - SIREN N° 775 665 631.

Un projet vous tient à cœur ?
Renseignements sur **www.macsf.fr**

MACSF assurances — LE SOU MÉDICAL 1897

Sociétés fondatrices
Assureurs mutualistes
Au service de tous les professionnels de la santé

MACSF FONDATION

On peut être
Kinésithérapeute installé
et préserver
sa mobilité.

En ce moment
2 mois offerts*!

Profitez de 2 mois offerts sur l'Assurance Auto de la MACSF

et bénéficiez d'une assistance 0 km, 24h/24 et 7j/7,
d'une garantie contre les pannes mécaniques, électriques et électroniques
ainsi qu'une garantie de votre trousse médicale et de son contenu.

Retrouvez cette offre exceptionnelle sur
www.macsf.fr
☎ 0800 970 478 appel gratuit

* Offre valable jusqu'au 15/01/2010

M.A.C.S.F.
Notre vocation, c'est vous
Mutuelle Assurance Epargne Financement

09_753 - MACSF assurances - SAM - entreprise régie par le code des assurances - SIREN n°778 666 633 - Crédit photos : Steve Hart - Getty