

kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

XIV^e JNKS
QUIMPER 2010
21 au 23 avril



Kinésithérapie : quelle(s) émergence(s) ?

→ P04 Macroscopie

→ P11 Au cœur des organisations

→ P20 Au cœur de la formation

JANV - MARS 2010
n°18



“ Grâce à moi,
mes proches aussi
peuvent adhérer
à la MNH. ”

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.

Pour
faire profiter
celles et ceux qui vous sont
proches,
quelle que soit leur profession,
des garanties de la
MNH,
1^{re} mutuelle des professionnels
de la santé et du social
renseignez-vous dès maintenant sur :

www.mnh.fr

ou appelez
notre accueil téléphonique

► N°Cristal 09 69 32 45 00

APPEL NON SURTAXE

ou contactez

le correspondant MNH
de votre établissement

Sophie
Infirmière



MNH
La mutuelle de la santé et du social

50
ans
D'INNOVATION
SOLAIRE

au cœur de la recherche :
 Quelle discipline scientifique pour la kinésithérapie P04

Macroscopie :
 L'émergence, un concept porteur pour vivre
 et accompagner le changement dans la complexité P06

au cœur des organisations
 Créer les conditions de l'émergence des
 compétences professionnelles :
 source d'attractivité et de fidélisation P11

Praticoscope
 La kinésithérapie, une éternelle
 remise en question P15

Kaleidoscope :
 États généraux de la profession P18

au cœur de la formation :
 Ni doctes, ni soumis P19

Télescope :
 Europe "des six" et kinésithérapie P29



Direction de la publication
 Yves Cottret
 Rédacteurs en chef
 Jacques Bergeau, Pierre-Henri
 Haller, Laurence Josse



Cultures et métiers de la santé
SYNERGIE SANTE

Direction de la collection
 Yves Cottret
 Secrétaire de rédaction
 Pascale Clément



Conception et réalisation,
 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
 Rivet

Dépôt légal :
 2^e trimestre 2010
 ISSN : 1956-7596

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

"Le mot ne manque jamais quand on possède l'idée."
 Gustave Flaubert



Citant un proverbe chinois notre collègue Hervé Cochet, président de l'unakam, rappelait en ce début d'année aux divers représentants de la profession que « Le poisson est le dernier à savoir qu'il est dans l'eau »... allégorie qu'il convient de compléter de cette métaphore « Qui ne sait pas où il va ... n'arrivera jamais, ou ailleurs ou encore nulle part ! ». En effet compte tenu des divers attermoissements, l'entrée en vigueur de la (ré)ingénierie et du LMD pour la formation des kinésithérapeutes est désormais et inexorablement reportée à 2011 ou ...Le **cnks** poursuit - contre vents et marées - avec détermination ses réflexions et ses propositions pour la co-construction de la réforme de la formation dont il vous livre quelques pistes dans ce numéro.

Par contre une fois n'est pas coutume - et bien que n'ayant pas pour philosophie de pratiquer la politique de la chaise vide - le **cnks** a décidé ne pas poursuivre son engagement dans la démarche des Etats généraux de la profession initiés par le cnomk.

La politique d'inter-régionalisation progressive du **cnks**, bien accueillie par le terrain, permettra d'élargir les débats et les échanges entre le niveau national et le niveau local sur les problématiques qui préoccupent ses représentants régionaux et nationaux. Ces débats, échanges et autres enquêtes permettront d'affirmer les valeurs et les attentes du monde des kinésithérapeutes salariés que d'aucuns imaginent qu'il n'existe que par défaut !

C'est au travers de ces confrontations et dans les interstices de systèmes parfois trop organisés que des « émergences » viennent bousculer les barrières et recomposer le paysage et nos champs ! Et c'est du bon tracé des sillons de ces champs que dépendront la pousse et donc les récoltes de nos cultures.

Yves Cottret
 Président du CNKS

au cœur de la recherche

Jacques Vaillant, cadre supérieur formateur

→ Quelle discipline scientifique pour la kinésithérapie ?



A l'heure où l'École des Hautes Etudes en Santé Publique met en place une dynamique de recherche sous l'impulsion de la direction de la recherche en soins infirmiers et paramédicaux, la question de la réalité de cette discipline est plus que jamais d'actualité.

Niveau définition, une discipline est caractérisée par un corpus de connaissances (ou savoirs) et de méthodes. La discipline peut désigner un ensemble de connaissances et un ensemble organisé d'êtres humains et de recherche. Mais la distinction entre les pratiques et les sciences est sujette à controverse. Par exemple, la médecine est une pratique pour les uns et une discipline (voire un ensemble) pour les autres.

A partir de la définition d'Auguste Comte au XIX^e siècle définissant une première liste historique des disciplines scientifiques, l'évolution sociale a, au cours du siècle et demi suivant, élargi cette liste initiale.

Dans l'hypothèse de l'existence d'une discipline paramédicale, celle-ci serait fondée sur un ensemble varié de professionnels (par la formation, par les savoirs maniés, par l'exercice et les pratiques) dont le point commun est d'avoir des pratiques (plus ou moins) prescrites et/ou qui ont été déléguées par les médecins au cours des 150 dernières années. En effet, le développement de la médecine s'est accompagné d'une fragmentation de l'exercice de la médecine et d'une délégation des tâches considérées comme moins nobles (le plus souvent, parce que manuelles ou répétitives). Ceci a conduit à la création des métiers paramédicaux. Ces métiers ont trouvé leur place dans la société par l'offre complémentaire de service qu'ils proposaient. Cependant la cohérence interne de chacun des métiers ne donne pas une cohérence d'ensemble

aux savoirs paramédicaux, sauf à les intégrer dans un ensemble associant tous les savoirs de santé (biomédicaux, médicaux, et autres). Dans ce cas, il conviendrait de fusionner l'ensemble des disciplines médicales, pharmaceutiques, odontologiques, biologiques, biochimiques, biophysiques, psychologiques, sociales, etc. pour définir une méga discipline (et non méta discipline) de l'être humain vivant ou de la santé de l'être humain. Les pôles « santé » de certaines universités pourraient être la préfiguration de cette tentative de regroupement. Cependant, la constitution des sections du conseil national des universités (CNU) plaide, pour l'heure pour une vision différente.

En effet, le découpage de la science en disciplines étant conventionnel, le découpage des activités de santé se fait en disciplines et sous-disciplines. Ainsi, aujourd'hui, parmi les 74 sections, il en existe 17 médicales et odontologiques. La plupart des pratiques (et l'étayage scientifique) des professions paramédicales (notamment de rééducation) y sont contenues. Par exemple, la sous-section 49-5 est nommée « rééducation ». Cependant, elle tend par sa composition à s'appuyer exclusivement sur la médecine physique et de réadaptation... Compte-tenu du rôle politique et administratif des sections de CNU (qualification, nomination et carrière des enseignants-chercheurs des universités et indirectement définition des contenus de la discipline), ceci ne peut qu'engendrer la revendication de création de nouvelles sections, comme c'est aujourd'hui le cas parmi les kinésithérapeutes. Cette option semble être le passage obligé avant la création d'intersections composées paritairement de représentants de deux sous-sections, d'une sous-section et d'une section ou de deux sections.

Zimmer Elektromedizin France

Produits et matériels pour les kinésithérapeutes salariés

Nous
Contacter



24, av. Joannés Masset 69009 Lyon
Tél. 04 78 83 57 10 Fax. 04 78 64 60 43
Mail : contact@g2mmedical.fr
site web : www.g2mmedical.fr

G2M

Matériels de Rééducation
et de Podologie

"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 sur le site dédié :
www.macsf.fr

Collection éditée par le Sou Médical Groupe MACSF

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





1. L'émergence, clé de voûte de la pensée systémique et du management dans la complexité

La théorie des systèmes apparue dans les années 1950¹ a changé notre vision du monde : tout ce que nous considérons comme des objets, comme un ensemble de systèmes qui se chevauchent, se superposent, s'enchevêtrent en amas de système : l'atome, la cellule, l'organisme, l'information, l'entreprise, les organisations... apparaissent comme des ensembles d'unités constituées de parties en interactions complexes et formant des entités en interactions mutuelles. Ce que nous appelons la nature, l'environnement, ce sont des systèmes de systèmes, chaque système acquérant des qualités de stabilité et de durabilité tout en produisant simultanément et continuellement des dynamiques d'émergences et de contraintes. Le système qui résulte de l'agencement des parties est plus

que l'addition ou la simple juxtaposition d'un ensemble de parties (paradigme réductionniste). Il est le produit des interactions entre les parties, lesquelles, en agencant les parties au sein d'un tout, irréductibles aux qualités ou propriétés des composants. Ces qualités sont appelées émergences. « on peut appeler émergences les qualités ou propriétés d'un système qui présente un caractère de nouveauté par rapport aux qualités ou propriétés d'un système qui présente un caractère de nouveauté par rapport aux qualités ou propriétés des composants considérés isolément ou agencés différemment dans un autre type de système »². L'observation suggère que l'émergence est d'autant plus sensible que le système est complexe même si la pertinence, voire la réalité, de l'émergence font débat chez les

scientifiques quand ils s'attaquent à la recherche de l'explication d'une propriété émergente³.

L'idée d'émergence est la clé de voûte de la pensée systémique mais doit être articulée avec la notion de contrainte.

En vertu des qualités d'émergence, le tout est plus que la somme des parties ; d'un autre point de vue : le tout est moins que la somme des parties ; toute association implique des contraintes exercées par les parties, interdépendantes les unes des autres, contraintes des parties sur le tout, contraintes du tout sur les parties. Des propriétés individuelles sont inhibées ou réprimées sous l'effet des contraintes organisatrices du tout. Le formidable développement des systèmes peut aussi développer un formidable sous-développement de potentialités ou d'éléments qu'il comporte ou qui y sont attachés. E. Morin intègre le concept d'organisation dans la dialectique qu'entretiennent la totalité d'une entité et les interrelations de ses parties constituantes. « **Le système est le produit de son organisation qui détermine le type de relations ou de liaisons entre les parties.** L'organisation de ces interrelations est un élément déterminant pour l'existence, la transformation et les productions des systèmes. Le système est conçu comme unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions ou individus » (Méthode 1 page 101) : les émergences sont des qualités fragiles, qui ne sont pas décomposables et donnent naissance à une nouvelle espèce de produit ou de phénomène inconnu jusqu'alors. Inductibles et irréductibles à d'autres existants, les émergences

L'émergence, un concept porteur pour vivre et accompagner le changement dans la complexité

→ Daniel Michon, directeur d'ifcs

semblent naître partout où il y a système, interrelations et organisation. Les notions d'émergence et de contraintes, de système, d'interrelations et d'organisation ne peuvent se comprendre l'une sans l'autre, ni se hiérarchiser entre elles : on doit toujours penser leur association et leur complémentarité. Nous devons considérer pour tout système, les gains en émergences mais aussi les pertes par contraintes, asservissements. Un système est à la fois enrichissant et appauvrissant, et la diversité systémique tolère tout autant la domination d'un phénomène que de l'autre.

2. Tout système vit les émergences dans une dialogique « autonomie-dépendance »

Pascal distingue deux formes d'esprits⁴ et exprime clairement la singularité et l'irréductibilité de chaque unité complexe constituée : « je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties ».

Expliquer par les parties (réductionnisme) ou expliquer par le tout (holisme) sont deux voies de simplification de l'approche d'un système. Aucun système ne peut se clore sur lui-même et l'idée d'ouverture et d'interaction avec les systèmes environnants impose à tous les systèmes la transformation. Les vertus génératrices et régénératrices de l'organisation vont permettre de générer et de régénérer le système en faisant émerger un nouveau regard et un nouveau concept de système.

Le concept de machine est étendu par E. Morin à tous les êtres dotés d'une organisation active (étoiles, êtres vivants, sociétés ...) et permet de relier à l'idée d'organisation les notions d'action, de transformation et de production. Les machines sont des entités non seulement organisées mais organisatrices, c'est-à-dire capables d'actions, de



transformations et de productions. Avec l'idée de machine l'organisation devient aussi une **organisation**. L'autonomie est une émergence d'organisation, qui ne peut apparaître qu'au sein d'une organisation active, qu'au sein d'un circuit qui permet la génération et la régénération permanente. Toute organisation parce qu'elle « travaille » est soumise à la dégradation et à la désorganisation. Les organisations actives doivent constamment puiser

dans leur environnement les ressources (matière, énergie, information) pour lutter contre la dégradation et la dépendance, et c'est la réponse à la dépendance qui constitue l'autonomie de l'organisation.

C'est parce que l'organisation est dépendante qu'elle peut être autonome, c'est parce qu'elle est autonome qu'elle peut maintenir et entretenir la dépendance. « La dépendance écologique sert à créer les conditions de l'autonomie et, créant les conditions de l'autonomie, à créer de l'être et de l'existence ». Tout ce qui ne se régénère pas dégénère : le soi est l'aptitude que possède l'organisation active à se refermer après ouverture, à se rouvrir après fermeture, cette alternance est le fondement et le principe de l'autonomie des êtres actifs.

3. Le concept d'émergence véhicule une façon nouvelle de penser le changement

L'attitude « chosiste »⁵ imprégnant les conceptions réductionnistes des systèmes complexes consiste à rechercher quels sont les objets qui expliquent l'existence d'une propriété émergente. Du même coup, la propriété émergente est ramenée à une propriété préexistante et attachée à cet objet. Dans cette façon de considérer les choses, le concept d'émergence est peu utile, voire impropre.

Si par contre on s'attache aux qualités singulières d'un système et à étudier les interrelations des objets qu'il contient, le concept d'émergence permet de caractériser les conditions spécifiques d'apparition de la propriété nouvelle dans ce système (constituants en

interrelations, valeurs d'un ensemble de paramètres, seuil critique...).

La vie est un faisceau de qualités émergentes issues de l'auto-éco-organisation : l'être, l'existence, l'individualité, la computation, le soi ... Ces émergences produisent elles-mêmes d'autres émergences qui deviennent les niveaux intégrateurs qui permettent les développements complexificateurs de l'organisation vivante. L'idée d'émergence nous permet de comprendre comment ce qui est produit (par les parties) peut rétroagir en retour sur ce qui le produit (sur les parties)⁶.

Les idées de rétroaction et de récursion nous invitent à passer d'une logique linéaire à une pensée rotative et générative.

L'approche systémique, en privilégiant la dialectique et en intégrant les principes de contradiction et de récursivité, véhicule un changement en profondeur des principes organisateurs de la pensée : il n'y a plus à mobiliser de simples relations linéaires entre causes et conséquences mais à découvrir des processus dans lesquels les produits et effets ultimes participent à la production d'états initiaux ou de causes initiales »⁷.

La logique de la générativité dans une organisation, invite à réfléchir, à pondérer qualitativement les apports et les effets des processus d'ouverture et de fermeture de l'organisation, d'ordonnement et d'interrelations entre les parties ou les éléments du système, d'équilibre entre l'autonomie et les dépendances nécessaires au développement de l'unité dans son environnement et à l'amélioration de sa production.... Une réflexion stratégique sans le précieux recours



au calcul à partir de données objectives, exhaustives et chiffrées ! Elle nous impose d'avancer avec quelques appuis (notre expérience, nos observations, nos connaissances, nos méthodes, nos analyses, nos appartenances et nos relations ...) mais dans l'incertitude, et en questionnant nos raisonnements et les modes organisateurs de nos idées.

4. Les émergences fécondes de l'organisation passent par la culture des émergences personnelles

Dans les contextes actuels, on peut penser que les comportements des dirigeants et cadres soient particulièrement défensifs, exacerbés par l'augmentation générale du rythme du changement, l'intensification des contraintes extérieures et de la concurrence... et les incitent à penser que l'attitude de contrôle soit la seule possible pour résoudre les problèmes qui se posent à eux, à leurs organisations et à la société. A l'antipode des comportements mécanistes rassurants, un certain lâcher prise est nécessaire pour accepter la surprise des émergences et pour donner des espaces de liberté suffisants à leurs développements. En effet, on ne peut pas décréter la venue d'émergence et les modèles

« control and command » traditionnels ne fournissent pas la matrice des conditions appropriées. Pour une organisation sociale, les travaux de théoriciens de la complexité dégagent 5 conditions⁸ pour augmenter les chances d'émergence :

- la présence d'un nombre élevé d'agents centrés sur des compétences clés et interdépendants dans le cadre de projets ;
- une proximité géographique des agents favorisant leur mise en relation ;
- une certaine diversité des agents pouvant générer une variété de perspectives et de solutions potentielles ;
- une facilité pour établir un grand nombre de connexions, même entre des personnes ne se connaissant pas : l'étranger n'est pas perçu comme une source de risques ou un prédateur, mais comme un apporteur potentiel d'enrichissement ou d'approfondissement ;
- une intensité de motivation et d'activité élevée chez les agents.

Pour le développement des conditions requises aux émergences favorables ou désirables, le cadre ou le dirigeant, doit privilégier l'ouverture dans ses analyses et sa praxis organisationnelle. Il s'agit de

L'émergence, un concept porteur pour vivre et accompagner le changement dans la complexité ^(fin)

→ Daniel Michon, directeur d'ifcs

donner une certaine pente au terrain, ou de créer un champ de forces, un tropisme, qui faciliteront la tâche aux émergences bienvenues, et rendront la vie plus difficile à d'autres, tout comme en biologie, l'émergence des espèces rencontre des facteurs facilitateurs ou régressifs. L'éthique sociale, entendue comme corpus de valeurs partagées par un milieu, peut remplir cette fonction. L'une des responsabilités du dirigeant sera de veiller, par philosophie et par exemplarité, à la permanence d'une éthique appropriée⁹ (qui peut être soit une éthique déjà existante, soit une éthique nouvelle soit la proposition de conditions favorisant l'émergence d'une éthique appropriée...)
Le développement des connaissances et les progrès ne garantissent plus l'humanité de l'humanité. Edgar Morin propose de repenser l'éthique pour qu'émerge de la société, une humanité renouvelée et régénérée¹⁰. Si les progrès de l'humanité sont liés aux progrès de la connaissance et aux émergences des systèmes, ces progrès rendent encore plus nécessaire aujourd'hui l'exercice conjoint et le développement de la conscience. Les émergences fécondes, qu'elles soient personnelles, organisationnelles ou systémiques, sont par nature vacillantes et trouvent de précieux appuis dans les interactions entre les connaissances/pensée/conscience. Pour maintenir constamment sa conscience en veilleuse, il propose le renforcement « *d'une culture psychique* » et le développement de l'autocritique au service d'une auto-éthique : le seul moyen de préserver, en nous-mêmes et dans nos

systèmes, les émergences fécondes est de pratiquer régulièrement, seul et/ou avec d'autres, cet auto-examen qui nous permet de nous comprendre, de nous connaître et de pouvoir agir sur nous-mêmes.

5. L'émergence, attribut de la complexité et source d'imprévisibilité et d'incertitude, incite l'Homme à (re)découvrir son chemin chaque jour à partir de son intériorité

Ainsi le concept d'émergence ne nous amène pas de solutions calculables pour résoudre les problèmes auxquels les personnes, les organisations ou les sociétés sont confrontées. Il nous incite plutôt à revisiter nos modes de pensée, d'organisation de nos raisonnements et de nos certitudes, à croire en dans le possible imprévisible et à avoir le courage de l'expérimenter quand il est repéré. L'émergence concerne tout autant l'individu et nous invite à réfléchir les possibilités et les conditions de son développement et de celui des autres. Il s'agit bien de s'extraire d'un égocentrisme prégnant et des logiques des systèmes fermés tout en cultivant toutes les dimensions de son intériorité¹¹. Le constat d'une complexification croissante est à la fois une chance de régénération et un risque pour l'humanité de l'humanité si elle ne s'accompagne pas d'un développement de la conscience¹². En ces temps de préoccupation pour le corps, sa beauté, sa santé et ses performances, il devient juste nécessaire, de valoriser, outre les disciplines de l'entretien physique, celles du développement de la culture psychique, puisque seuls les

échanges apportés par ces dernières nous permettent de développer une éthique de la compréhension, de la responsabilité et de la reconnaissance.



1/ La publication de Von Bertalanffy, « General Systems Theory » (1868, traduction française 1973)

2/ Edgar MORIN, Méthode 1, page 106

3/ Camille RIPOLL Systèmes dynamiques non linéaires et concepts d'émergence in Emergence, Complexité et dialectique de Lucien SEVE, Editions Odile JACOB, p213-227

4/ Pascal, Pensées, page445 pensée 669 « il y a deux sortes d'esprits : l'une, de pénétrer vivement et profondément les conséquences des principes et c'est là l'esprit de justesse ; l'autre de comprendre un grand nombre de principes sans les confondre, et c'est là l'esprit de géométrie. L'un est force et droiture de l'esprit, l'autre est amplitude d'esprit. Or l'un eput bien être l'un sans l'autre, l'esprit pouvant être fort et étroit et pouvant être aussi ample et faible », Livre de poche, Classique, septième édition sept 2008

5/ Qualificatif emprunté à Claude GARY-BOBO par Camille RIPOLL, op cit, p 215

6/ Robert FORTIN « Penser avec Edgar MORIN, Lire la Méthode, Chronique Sociale, les Presses de l'Université Laval, 2008, page 83

7/ Robert FORTIN, ibid page 41

8/ Pascal BAUDRY, ibid page 250

9/ Pascal BAUDRY, Français et américains, l'autre rive. Editions Reardon, village Mondial, Education France, 2^e édition, annexe 4page 254.

10/ Edgar MORIN, La Méthode 6 Ethique, Seuil novembre 2004, 241 pages

11/ Pascal, Pensées, 142 : « nous connaissons la vérité non seulement par la raison, mais encore par le cœur »

12/ Pascal Pensées, 669 : A mesure qu'on a plus d'esprit, on trouve qu'il y a plus d'hommes originaux. Les gens du commun ne trouvent point de différence entre les hommes. pages 444, op cit..



Quand on sait que les maux de dos frappent chaque année plus d'un soignant sur deux, on est en droit de s'interroger.

Les problèmes musculaires et osseux qui affectent leur santé ont bien évidemment des conséquences sur leurs capacités à prendre en charge les patients. Comment concilier la prévention des lombalgies du soignant et maintenir la notion de performance dans l'établissement de soin ?

www.alterecosante.net



Alter Eco Santé propose des solutions qui favorisent l'autonomie du patient.

Tout faire pour le patient, mais rien à sa place.

SPORT • MASSAGE • RÉÉDUCATION



PHYTODERMIE[®] Pro

L'efficacité des huiles essentielles

Produits de massage et de soin aux huiles essentielles



LABORATOIRES
eona

Le soin aromatique pour les professionnels de santé !
Z.A. du Chenêt - B.P. 15 - 91490 MILLY LA FORÊT
Tél. 01 60 78 93 03 - Fax. 01 64 98 45 16
www.eona-lab.com

au cœur des Organisations

Eric Roussel, coordonnateur général des soins

→ Créer les conditions de l'émergence des compétences professionnelles : sources d'attractivité et de fidélisation.

Le recrutement, l'accueil, l'intégration, l'accompagnement et l'évaluation des professionnels dans des structures telles qu'un service de rééducation ou un hôpital sont les différentes phases d'un processus qui doit permettre de construire et développer à la fois compétences, attractivité et fidélisation.

Poser cette affirmation c'est d'une part considérer que l'on n'attire et que l'on ne fidélise pas les soignants si l'on n'a pas le souci du développement de leurs compétences ; et d'autre part s'inscrire dans un projet managérial qui concrétise cette intention par la formulation claire des objectifs des décideurs et la mise en œuvre de moyens structurés et adaptés. Il s'agit bien d'une démarche à la fois analytique souhaitant respecter et organiser les différentes étapes du parcours d'un professionnel, et synthétique visant à relier les notions d'attractivité, de fidélisation et de compétences. C'est en s'appuyant sur les expériences, souvent positives, plus rarement négatives, d'un établissement parisien que nous voulons montrer que, bien que dépendantes de l'environnement, des solutions existent pour lutter contre le manque de salariés.

PROFESSIONNALISER LE RECRUTEMENT ET CONSTRUIRE DES PARCOURS QUALIFIANTS

Quatre dispositifs ont été particulièrement mis en place pour atteindre ces objectifs.

- C'est tout d'abord le **choix et le respect d'indicateurs qualité construits pour évaluer la performance du recrutement.**

Ces indicateurs visent à objectiver les délais de réponse aux candidatures, ainsi que la durée totale du processus et l'exhaustivité des réponses. Chaque candidature et « CV » fait l'objet d'une prise de contact dans les 3 jours, et de la prise d'un rendez-vous pour un entretien dans les 8 jours maximum (si le candidat est disponible). Le rendez-vous comprend 2 entretiens qui s'enchaînent dans la même demi-journée.



Le premier dit « institutionnel » est mené par un cadre qui a pour objectif le recrutement au niveau de l'hôpital et oriente vers les services susceptibles de convenir au profil du candidat. Le second est réalisé par le cadre de proximité du service « recruteur ». Une fiche de suivi de la candidature est remplie pendant ces deux entretiens et permet la prise de décision finale. La réponse positive ou négative est transmise par courrier au candidat dans les 3 jours maximum après les entretiens. L'ensemble du processus dure donc au maximum 2 semaines. Aujourd'hui environ 80% des recrutements respectent ces indicateurs. L'écart à 100% est lié soit à un manque de disponibilités du candidat ou des recruteurs, soit à la nécessité de prévoir plusieurs orientations vers des services différents avant la prise de décision finale. Un travail reste à faire pour évaluer la satisfaction des recrutés quand à l'organisation de ce dispositif. C'est la prochaine étape.

- C'est ensuite l'**organisation d'un « double recrutement ».**

Ce dispositif a été mis en place pour anticiper la nécessaire mobilité (géographique ou technique) des professionnels. En effet la déterritorialisation des services de soins est devenu une nécessité pour optimiser la gestion et l'occupation des lits. De plus en plus souvent il est nécessaire

au cœur des Organisations (Fin)

Eric Roussel, coordonnateur général des soins

« d'héberger » des patients dans des secteurs ne correspondant pas à la discipline médicale d'accueil des malades. Pour cela il faut soit « déplacer » les soignants soit, mieux encore, disposer d'une pluri-compétence dans le service d'accueil du malade. C'est pour répondre à cette nécessité que depuis 3 ans maintenant nous proposons « un double recrutement » aux infirmier(e)s. Il s'agit, sur la base du volontariat, de recruter un professionnel en lui proposant 6 mois d'intégration dans un premier service, puis 3 mois dans un second, avant retour dans le service préférentiellement choisi. Ce dispositif est aujourd'hui une réussite. De plus en plus de jeunes diplômés optent pour cette organisation et quelques infirmières chevronnées s'inscrivent dans cette logique. Cela permet d'organiser et d'anticiper la « mobilité » des soignants, d'étoffer leurs portefeuilles de compétences et donc leurs CV. Les professionnels sont globalement plus sûrs d'eux, les patients certainement mieux pris en charge. Initié dans un pôle d'activités à dominante chirurgicale ce dispositif est maintenant proposé pour d'autres secteurs.

• C'est par ailleurs la **construction de référentiels d'intégration** des nouveaux professionnels.

L'arrivée d'un nouveau professionnel dans un service nécessite un accompagnement à l'acquisition des compétences requises. Dans cet esprit, le référentiel de certification JACIE¹ (Joint Accreditation Committee of ISCT-Europe and EBMT), qui prépare l'accréditation des services impliqués dans la greffe de moelle osseuse, demande l'élaboration d'un référentiel d'auto-évaluation des compétences professionnelles. C'est en s'appuyant sur cette expérience que la sous-commission « parcours qualifiant » de la CSIRMT² de l'établissement a proposé l'élaboration d'un référentiel d'auto-évaluation des infirmier(e)s. Ce référentiel qui présente un socle commun à tout l'hôpital et une partie spécifique à chaque service est, sous l'impulsion de la direction des soins, devenu obligatoire. Son élaboration et son utilisation feront l'objet d'une évaluation dans le cadre du suivi du projet de soins. Parallèlement il est la base de l'évaluation des étudiants en soins infirmiers dans le cadre du nouveau dispositif de formation LMD. L'accueil des nouveaux professionnels est dorénavant réfléchi, formalisé, accompagné et s'inscrit dans un processus d'auto-évaluation des soignants.

Nous faisons le pari que cela permette d'une part la montée en compétences de chacun mais également du collectif.

• C'est enfin l'**organisation d'un diplôme de pratiques avancées valorisant et développant l'expertise des soignants**.

C'est en partant du constat que l'hôpital est dépositaire de nombreuses compétences professionnelles paramédicales insuffisamment partagées que des médecins et des cadres de la direction des soins se sont engagés dans la construction d'une formation aux pratiques avancées. Cette formation qui délivre un diplôme universitaire, le DUPASIP³, repose sur 2 principes fondateurs.

Premièrement ce sont les professionnels (paramédicaux et médecins) **de l'hôpital** détenant des compétences reconnues qui constituent l'essentiel des intervenants. Secundo la formation s'adresse à des soignants engagés dans un projet professionnel suffisamment élaboré (car rédigé) puis défendu devant une commission de sélection. L'idée du partage et de la co-construction d'une expertise est fondatrice de cette expérience. Il s'agit à la fois de former et se former, d'une part en transmettant des connaissances vers l'autre, d'autre part en s'obligeant à formaliser, donc à interroger, ses propres pratiques professionnelles. Après 4 années d'expérience plus de 60 professionnels sont diplômés.

La prochaine étape qui est en cours de négociation c'est la reconnaissance de cette formation sous forme



de crédits européens (ECTS) qui pourraient s'ajouter aux 180 acquis en formation initiale (L) et donc faire progresser les soignants vers l'acquisition d'un master (M). Notons que, sans s'engager systématiquement dans ce type de dispositif, il est possible de promouvoir ce type de projet en favorisant l'organisation avec, et par, les professionnels de congrès ou soirées post-universitaires.

Les quelques expériences rapportées ci-dessus ne sont ni exhaustives, ni exclusives. Elles sont applicables à tous les soignants à l'hôpital ou en centre de rééducation. Aujourd'hui notre hôpital est au plein emploi et en 2009 le turn-over des soignants à diminué de 40%. Ces résultats sont provisoires et probablement fragiles ; cependant leur efficacité témoigne de la conjonction de plusieurs actions au service d'un projet managérial, faire naître... connaître... et reconnaître les compétences professionnelles paramédicales. Cet acquis est un premier pas qu'il faut consolider en organisant les conditions d'une responsabilité collective et partagée par les recruteurs et les...recrutés.

Favoriser l'émergence des compétences : une responsabilité collective

Dans son ouvrage *Réinventer les RH*⁴, Gilles Verrier écrit « on rejoint un projet, on quitte un manager... ». Il s'agit donc d'aller au-delà de la simple formalisation d'un projet-programme affiché au fronton de l'institution. Pour le manager il faut donc mettre à jour les intentions, les visées que porte le projet et le faire vivre en s'appuyant sur le respect et l'autonomie de l'autre.

En effet la compétence, qu'elle soit individuelle ou collective, ne se décrète pas. Elle se construit à l'occasion de la confrontation d'un individu qualifié et d'un environnement. De même si, avec Philippe Zarifian⁵, on définit la compétence comme le fait d'« assumer une responsabilité locale en situation, savoir prendre la bonne décision dans un temps court face à un événement, qui est lui-même une expression condensée de l'incertitude », **il est souhaitable d'autoriser chaque professionnel à « exprimer » ses compétences et de favoriser leur émergence.**

Définit comme « l'apparition de propriétés nouvelles, pas nécessairement prévisibles, qui, surviennent du fait de l'agrégation d'éléments au sein d'un ensemble »⁶, l'émergence permet au tout d'être supérieur à la somme

des parties.

Le management efficace d'une équipe, d'un service, d'un pôle d'activité ou d'un établissement recherche bien la solution de cette inéquation : 1+1 doit être supérieur à 2. De même si l'on retient la proposition de Pascal Baudry cité par Daniel Michon⁷, ces structures sont bien des ensembles susceptibles de porter les conditions pour augmenter les chances d'émergence :

- *la présence d'un nombre élevé d'agents centrés sur des compétences clés et inter-dépendants dans le cadre de projets,*
- *une proximité géographique des agents favorisant leur mise en relation,*
- *une certaine diversité des agents pouvant générer une variété de perspectives et de solutions potentielles,*
- *une facilité pour établir un grand nombre de connexions, même entre des personnes ne se connaissant pas : l'étranger n'est pas perçu comme une source de risques ou un prédateur, mais comme un apporteur potentiel d'enrichissement ou d'approfondissement,*
- *une intensité de motivation et d'activité élevée chez les agents...*

Il n'y a donc pas de fatalité. Attirer les professionnels et les fidéliser est à portée de mains. Il est nécessaire pour cela de structurer la confrontation des professionnels avec leur environnement de travail en évaluant, c'est-à-dire en donnant de la valeur au développement de leur compétence. C'est un chemin (qualifiant) à parcourir en le jalonnant de repères que le soignant va lui-même apprendre à construire et reconnaître.

^{1/} Le programme JACIE est un programme européen d'accréditation adapté du programme américain FACT et touchant à l'ensemble des activités de greffe de cellules souches hématopoïétiques.

^{2/} CSIRMT : Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique

^{3/} DUPASIP : Diplôme universitaire de pratiques avancées en soins infirmiers pédiatriques

^{4/} VERRIER.G. Réinventer les RH, Paris : Editions Dunod, 2007, 180p.

^{5/} ZARIFIAN.Ph. Le modèle de la compétence, Paris : Editions Liaisons, 2001, p 25.

^{6/} DORTIER.J-F. Le dictionnaire des sciences humaines, Auxerre : Sciences humaines éditions, 2008, p 186.

^{7/} In Kinescope n° 18.



CONCEPTION TABLE ELECTRIQUE 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 : L'atelier et la Soignée - 03 86 71 03 85

ANALYSEZ LE MOUVEMENT

Rotation à gauche active

Valeur en degrés : 49°

Flexion / extension

Flexion : 11°

BIOVAL
ÉTUDE DU MOUVEMENT AVEC CAPTEUR CINÉMATIQUE SANS FIL

BIORESCUE
POSTUROGRAPHIE SÉQUENTIELLE SUR PLATEFORME BAROPODOMÉTRIQUE

DEMO
GRATUITE
DANS VOTRE
SERVICE
05.65.76.03.33

La Kinésithérapie, une éternelle remise en question

→ Géraldine Brialix, Antonia Vital Foucher, kinésithérapeutes (75)

Nous sommes masseurs-kinésithérapeutes salariés dans un hôpital pédiatrique et nous travaillons quotidiennement auprès de patients atteints de mucoviscidose. Depuis deux années maintenant nous avons adopté avec ces patients une technique de drainage bronchique différente de celles enseignées lors de nos études respectives. En effet, nos techniques utilisées avaient quelques inconvénients qui nous gênaient dans la prise en charge de certains patients. Le Drainage Autogène nous a permis de limiter ces inconvénients. Dans cet article, nous allons vous faire partager notre expérience d'introduction de cette technique auprès de nos patients.

Le drainage autogène

Le drainage autogène est une technique de toilette bronchique active utilisant des inspirations et des expirations non forcées,



contrôlées par le patient en commençant dans le Volume de Réserve Expiratoire pour mobiliser les sécrétions distales puis progressivement dans le Volume de Réserve Inspiratoire pour évacuer les sécrétions siégeant dans l'arbre aérien proximal.

Fondée il y a une quarantaine d'années, par Jean Chevaillier¹, kinésithérapeute en Belgique, elle est depuis, largement utilisée par des professionnels avec des patients porteurs de maladies respiratoires chroniques telles que la mucoviscidose, ainsi que par les patients eux-mêmes.

Cette technique douce de désencombrement a pour particularité de se rapprocher de très près de la physiologie respiratoire. Elle alterne inspiration lente et expiration dite soupirée en évitant le collapsus bronchique.

Principes et Indications

Le flux expiratoire et l'épuration muco-ciliaire physiologique permettent la mobilisation puis l'évacuation du mucus. Plus le flux est important, plus l'évacuation en sera accélérée. Dans le drainage autogène le volume d'air inspiré joue un rôle majeur car il détermine

la zone dans laquelle la mobilisation du mucus va avoir lieu.

En cas d'obstruction des voies respiratoires, on assiste à un asynchronisme ventilatoire dans les différentes régions du poumon. Pour palier ce problème, l'utilisation d'une pause inspiratoire de quelques secondes, voies aériennes supérieures ouvertes, est nécessaire.

Un autre point essentiel du drainage autogène est le contrôle du réflexe de la toux, rendu possible grâce au contrôle du débit expiratoire par le patient. L'expectoration des sécrétions pourra alors se faire dans certains cas sans effort de toux et donc sans fatigue.

Une séance de drainage autogène se prépare chaque jour par l'utilisation d'aérosols de bronchodilatateurs et de fluidifiants bronchiques.

L'hydratation quotidienne favorise l'humidification du mucus et donc sa mobilisation. L'activité physique quotidienne en mobilisant le mucus prépare aussi la séance.

Des adjuvants techniques sont à disposition des patients pour les aider dans leur autonomisation tels que le Flutter, la sangle abdominale et/ou thoracique mais aussi le Voldyne et le Triflow, outils de la spirométrie incitative.

La toux étant devenue presque superflue, la technique est adaptée aux patients sujets aux fréquentes quintes de toux à la moindre expiration forcée.

On peut grâce à cette méthode, drainer efficacement un patient qui serait très affaibli sans le fatiguer encore plus. Le drainage autogène semble donc particulièrement indiqué pour des patients broncho-réactifs. Comme toute pratique, elle comporte des limites.

En effet elle requiert une coopération et concentration du patient et du praticien. Une séance de drainage va sembler plus longue que d'autres techniques mais une fois le procédé maîtrisé par le patient et son thérapeute, la séance ne dure pas forcément plus longtemps. Ce sont donc des limites pouvant être dépassées avec l'expérience.

Le drainage autogène à l'hôpital

180 patients atteints de mucoviscidose sont suivis au centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose (CRCM) de l'hôpital. Suite à nos formations au drainage autogène, nous avons décidé de mettre en application ce que nous y avons appris.

Nous avons commencé par expliquer la technique à nos collègues. Certains ont voulu la tester sur eux pour mieux la comprendre et la ressentir. Ils se sont montrés intéressés et ont essayé de la mettre en application. Certains ont jugé les séances plus longues et donc ils ne pouvaient pas l'utiliser, lors des week-ends de garde où les effectifs sont divisés par 3 par rapport au reste de la



semaine. D'autres avaient besoin de validation scientifique pour adhérer à la technique. Toutes ces remarques nous ont permis de nous adapter et d'avancer dans notre façon d'agir.

Nous avons parallèlement essayé cette technique sur nos patients puis sur leurs parents lors de chacune de nos entrevues en hospitalisation ou en consultation. Cela nous a permis d'apprendre à la maîtriser et à mieux percevoir ses effets. Les résultats obtenus :
- soit moins de fatigue des patients (surtout pour ceux ayant une toux précoce et non productive),

disparition des quintes de toux inefficaces, production plus abondantes de sécrétions pour certains patients plutôt non sécrétant, nous ont confortés dans l'idée que cette technique était l'une des mieux adaptée pour drainer efficacement un patient atteint de mucoviscidose.

Cette idée est également partagée par Claudine Lejosne, masseur-kinésithérapeute au centre de Perharidy à Roscoff et Hughes Gauchez, masseur-kinésithérapeute libéral exerçant dans le Nord, qui ont respectivement adopté cette technique douce, depuis une quinzaine et une trentaine d'années.

Avec le soutien et la confiance que nous a témoigné l'équipe du CRCM nous avons donc projeté de former nos patients adolescents à cette technique. Nous avons planifié cette éducation en 3 ou 4 séances :

la première séance consiste en une explication des bases de la technique et de son intérêt qu'elle peut représenter dans la prise en charge de la maladie et un apprentissage de l'expiration glotte ouverte ;

la deuxième séance s'intéresse au ressenti du patient, de sa ventilation dans les trois volumes pulmonaires en suivant le cycle respiratoire suivant : inspiration profonde et lente, pause inspiratoire suivie d'une expiration glotte ouverte ; l'inspiration est toujours fonction de la localisation du mucus, ressentie par le patient puis le thérapeute ; lors de *la troisième séance*, nous introduisons des adjuvants tels que flutter et sangle thoracique en expliquant les avantages de ces

La Kinésithérapie, une éternelle remise en question ^(fin)

→ Géraldine Brialix, Antonia Vital Foucher, kinésithérapeutes (75)

outils et leurs modalités d'utilisation. *La quatrième et dernière séance* associe le travail ventilatoire et les adjuvants.

Les séances ont lieu lorsque le patient vient pour une consultation ou lors d'une hospitalisation soit environ tous les 3 mois, s'il n'y a pas d'hospitalisation entre deux consultations.

Une évaluation du patient et des techniques utilisées a lieu à chaque fois que nous le revoyons.

Depuis 2 ans nous avons éduqué une vingtaine de patients qui pratiquent le drainage autogène plus ou moins régulièrement avec leur thérapeute de ville, seuls ou avec leurs parents.

La mise en place de l'éducation au drainage autogène a rencontré un vif succès auprès des patients déjà compliants à leurs traitements. D'après C.Lejosne, la clé de la réussite pour faire adopter une nouvelle technique quelle qu'elle soit est d'une part la compréhension du « pourquoi est-il mieux pour moi de changer de méthode de drainage » car on adhère mieux à ce que l'on comprend, et d'autre part le travail en équipe avec le masseur-kinésithérapeute qui suit le patient quotidiennement. C'est ainsi que depuis plus de 10 ans, C.Lejosne et son équipe entretiennent des relations étroites avec le réseau de kinésithérapeutes de ville. En pratique, cela se traduit par des contacts téléphoniques réguliers, des réunions d'informations, de formations ou d'échanges. Cette collaboration ayant pour seul objectif : améliorer la qualité de vie

du patient. C'est pourquoi nous travaillons également en étroite collaboration avec nos confrères de ville.

Lors de la mise en place de cette technique nous avons rencontré certaines difficultés. Il nous a fallu modifier notre façon de réaliser une séance de désencombrement. Nous avons du réaliser des gestes plus doux, beaucoup moins rapides que ce que nous faisons avant, car le geste à réaliser suit la physiologie ventilatoire et est moins appuyé. Cela nous a demandé beaucoup de patience et de concentration au début.

Nos patients habitués, depuis plus de 10 ans pour certains, à souffler fort doivent aujourd'hui soupirer et se relâcher en laissant sortir l'air. Cette nouvelle façon d'expirer nécessite une grande concentration et de la persévérance, car le patient doit apprendre à ressentir ce qui se passe à l'intérieur de son corps. L'adhésion du patient se fait aussi grâce à l'objectivation des résultats obtenus, par exemple : l'augmentation de la saturation en oxygène après une séance de drainage ou l'augmentation significative du VEMS après plusieurs mois.

Lorsque nous avons demandé à nos patients ce qu'ils pensaient de la technique nouvellement utilisée, leurs réponses ont été unanimes pour les 3 points suivants :

- la séance est moins fatigante : un patient nous a même dit « je pourrais faire ça pendant des heures »,
- ils toussent moins et plus efficacement,
- enfin, la séance est trop longue.

En ce qui concerne ce dernier point, au fur et à mesure de l'apprentissage, la durée des séances devient équivalente aux autres techniques utilisées auparavant.

Selon H.Gauchez, l'essentiel est que le patient doit apprendre à ressentir ses poumons, son mucus pour pouvoir mieux se drainer. « Il doit devenir expert de son poumon »

Nous sommes aujourd'hui, pleinement satisfaites d'avoir appréhendé puis adopté le drainage autogène pour toutes les raisons que nous avons évoqué précédemment. Mais il n'est pas question d'oublier définitivement toutes les autres techniques.

D'une façon plus générale, être confronté à une nouvelle technique oblige le professionnel à se remettre en question, à réfléchir sur cette nouveauté et à la confronter avec ce que nous pensons comme acquis. Nous avons discuté de cette technique avec les membres de notre équipe de rééducation et cela a apporté un certain dynamisme dans notre groupe.

Certains de nos collègues utilisent la technique, d'autres ne l'utilisent pas complètement, mais cela a provoqué des discussions et des réflexions sur l'incidence des différentes techniques utilisées. La remise en question régulière de notre pratique, les formations à d'autres techniques et notre expérience acquise nous permettent d'évoluer avec pour objectif le bien de nos patients.

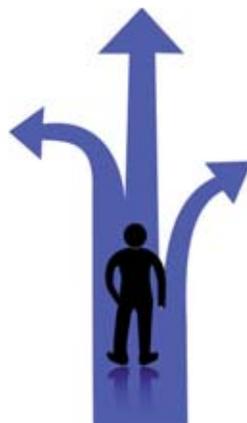
1/ Drainage autogène : Principes et Indications
Jean CHEVAILLIER, kinésithérapeute à de Haan, Belgique (1989)

Etats Généraux

Le CNKS retire sa participation

Cette décision et ses motifs ont été portés oralement à la connaissance du secrétaire général et du vice président salarié du cnomk avant que d'être confirmés par courriel à l'occasion d'une convocation à une réunion ...ayant pour objet de réajuster la méthodologie. Peu enclin à la politique de la chaise vide, le CNKS regrette d'y être contraint tant il estime justes les thématiques qu'il avait contribué à poser comme cadre de réflexion. Mais c'est sans remords que - son

conseil d'administration du 6 mars dernier constatant une méthodologie labile, le non respect des consignes de production pour la réunion plénière de janvier 2010, un trop grand décalage par rapport aux valeurs du CNKS et l'absence d'une démarche de recherche consensuelle telle que proposée dans le cahier des charges initial au profit du compromis majoritaire - le CNKS a décidé de cesser sa participation à la réflexion des Etats généraux dont il ne pourrait dans ces conditions cautionner les résultats.



Réforme des études

(cf dossier au cœur de la formation pages suivantes)

Les étudiants mobilisés pour une réforme complète du dispositif

Dans un communiqué de presse du 15 février 2010, la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK) soulignait l'actualité d'une réflexion sur les études de kinésithérapie : la sélection, le programme en révision « fondamentale », le coût de la formation et son intégration universitaire, la poursuite d'études et l'accès à la recherche. Les étudiants réclament notamment la création d'une cinquième filière « kinésithérapie » au sein de la « L1 Santé » et revendiquent l'attribution d'un grade de master pour les futurs diplômés. Ils demandent « la prise en charge de la formation par l'Etat, l'intégration universitaire des IFMK et l'accès à la recherche pour prouver [les]

pratiques professionnelles ». A l'issue de la manifestation nationale du 9 mars dernier une délégation de la FNEK a été reçue par le cabinet de la ministre de la Santé. Au lendemain un communiqué de la FNEK indiquait : « De nombreuses perspectives pour les étudiants ont été garanties : intégration aux discussions sur la gouvernance des instituts paramédicaux et l'instauration de la démocratie étudiante dans les décisions de l'IFMK ; clarification du versement des indemnités de stage et de transport ; réflexion pour la mise en place d'un Programme de Recherche Hospitalier en « Réadaptation » ; poursuite des réunions de réingénierie du Diplôme d'Etat jusqu'à production d'un programme de qualité ; facilitation de la mobilité

internationale notamment par la charte ERASMUS dans le cadre du nouveau programme de formation ; réflexion sur le transfert de gestion aux CROUS des bourses des étudiants. Une date de lancement de négociations sera prochainement donnée par le ministère. ».

Le CNKS auditionné

- dans le cadre d'un rendez-vous au cabinet de la ministre de la santé par Clara de Bort et Thomas Remoleur, conseillers techniques, assistés de Emmanuelle Quillet, sous directrice, et Eric Zanzalone de la DGOS
- dans le cadre de la mission IGAS sur l'évaluation du P1 comme voie d'accès aux études
- dans le cadre de la mission parlementaire sur la L1 santé et/ou L1 paramédicale.

au cœur de la formation

Jacques Bergeau, secrétaire national formation & Yves Cottret, président

→ Ni doctes, ni soumis

La réforme de la formation initiale en cours comprend deux parties distinctes et liées : la (ré)ingénierie de la formation et son insertion dans le LMD. La première doit (re)penser les déterminants du référentiel de formation (activités du métier et compétences attendues pour les réaliser) et la seconde « universitariser » son niveau dans un curriculum de formation tout au long de la vie.

LE CONTEXTE NATIONAL

L'ensemble des représentations de la profession est appelé à proposer et (re)construire ces déterminants. L'occasion « d'émergences » de projets : convergences et divergences s'expriment ... A défaut de comprendre toutes les « logiques » et discours « *pro domo* » dénonçant la méthode et la visée de la réforme le CNKS pour sa part - sans états d'âme sur la légitimité des organisations conviées par le ministère - s'inscrit dans une approche constructiviste et participative.

Définir les lignes du contenu, avant que d'arrêter définitivement le contenant, n'est pas forcément ubuesque. Pourquoi faudrait-il choisir la malle, la valise ou le sac avant même que de savoir ce dont on aura besoin - l'indispensable, l'utile et le superflu, ... - pour le voyage ? Avoir, pour ce travail, la même méthode que pour toutes les professions de santé ne porte pas atteinte à la spécificité professionnelle ... surtout si l'on a bien conscience que :

- ce sont les activités et les compétences « marginales sécantes » qui créent cette spécificité et la rendent forte et non l'inverse,
- la spécificité n'a de sens, n'existe et n'est définissable qu'une fois établie la communauté ... car (ap)porteuse du caractéristique, du distinct, du distinctif, de l'exclusif, du particulier, du propre, du représentatif, du sui generis, du typique ... tout ceci ne pouvant exister *ex nihilo*, en dehors du tout et à partir de rien,
- c'est bien de pas avoir su se distinguer, de ne pas avoir

su accepter les zones à partager qui a souvent conduit la profession de Charybde [éviter un péril pour tomber sur un autre, être dans le tout ou rien] en Scylla [choix entre le sacrifice calculé ou l'avenir aléatoire].

LA DÉMARCHE DU CNKS

Son conseil d'administration du 6 mars 2010, ayant étudié les éléments de la négociation en cours a réaffirmé les positions et pistes de travail sur lesquelles les représentants du CNKS peuvent s'engager. Il a souhaité les communiquer et les faire débattre. Kinéscope les rapporte donc ci-après.

PROPOSITIONS ET RÉFLEXIONS DU CNKS

Une nouvelle formation initiale ... pour quoi ?

... pour apprendre à apprendre, apprendre à réapprendre, et garder un caractère généraliste, polyvalent avant perfectionnement

Le référentiel de formation menant au DE doit préparer au profil type du kinésithérapeute à J + 1 du DE. Comme pour un permis de conduire il s'agit de disposer de l'essentiel des théorie(s) [permettant la bonne lecture du code des bonnes pratiques] et des praxis [permettant de naviguer sans danger pour soi et pour les autres...patients et soignants]. Il est illusoire de prétendre pouvoir tout apprendre ... y compris en 5 ans.

... pour appréhender l'environnement et le cœur de métier

Le cœur de métier c'est ce qui fait la différence étant entendu que préalablement doivent être définis la santé, ce qui est identique voire commun avec d'autres paramédicaux notamment rééducateurs, le métier dans sa globalité.

L'ACCÈS AUX ÉTUDES INITIALES

Cet accès devenu totalement protéiforme (concours avec ou sans prépa, via autant de P1 différents que de facultés de médecine) doit être complètement revu. L'actuel concours et le système dérogatoire de P1, non uniforme et dérouté de sa vocation originelle, doivent être remplacés. L'accès en formation doit se faire par et dans le cadre d'une première année d'orientation, formation, sélection. Pour le CNKS (cf. livre blanc) au-delà de la L1 santé, une L1 de sciences de la vie,

au cœur de la formation (Fin)

Jacques Bergeau, secrétaire national formation & Yves Cottret, président

de sciences humaines, de sciences et techniques, de sciences économiques ou de droit validée doit s'envisager pour diversifier les origines des candidats ... dès lors qu'elle s'accompagne aussi de la validation d'UE de pré-requis spécifiques en santé.

Sur l'intégration pour les seuls kinésithérapeutes à la L1 santé « médicale » le conseil d'administration du CNKS n'y est pas favorable. Sur une L1 santé « médico-paramédicale » voire « paramédicale » le CNKS trouve la formule intéressante si elle comporte une orientation progressive pour éviter la sélection par défaut.

LE COÛT DES ÉTUDES INITIALES

Le coût de la scolarité est un vrai sujet qui mérite une réflexion de fond. Les différences de statut des établissements de formation entraînent une disparité des frais de scolarité qui font vraisemblablement renoncer nombre de candidats valeureux qui n'ont pas les moyens.

Le CNKS soutient toute réflexion qui tendrait à rendre les études gratuites pour les étudiants ...

LE CONTENU DES ÉTUDES INITIALES

Il devra être établi à partir des référentiels d'activités et de compétences et dans tous les cas s'appuyer sur les cinq champs de la kinésithérapie.

LE DÉROULEMENT DES ÉTUDES INITIALES

Au delà du modèle DE & L3 (appliqué aux infirmiers) différentes hypothèses sont possibles :

- celle d'un modèle DE & L3+ (soit + 30 ECTS = partie de M1),

- celle d'un modèle DE & L3++ (soit + 60 ECTS = M1 complet)

- ou encore celle d'un modèle DE & M2.

Fidèle aux axes du "Livre Blanc" [intérêt d'une année d'orientation/formation/sélection, et d'une année expérimentielle en fin de cursus] le CNKS propose comme base de discussion le modèle DE & L3++ (soit 180 ECTS + 60 ECTS = M1 complet) qui pourrait prendre la forme schématique suivante : (Voir tableau ci-dessous)

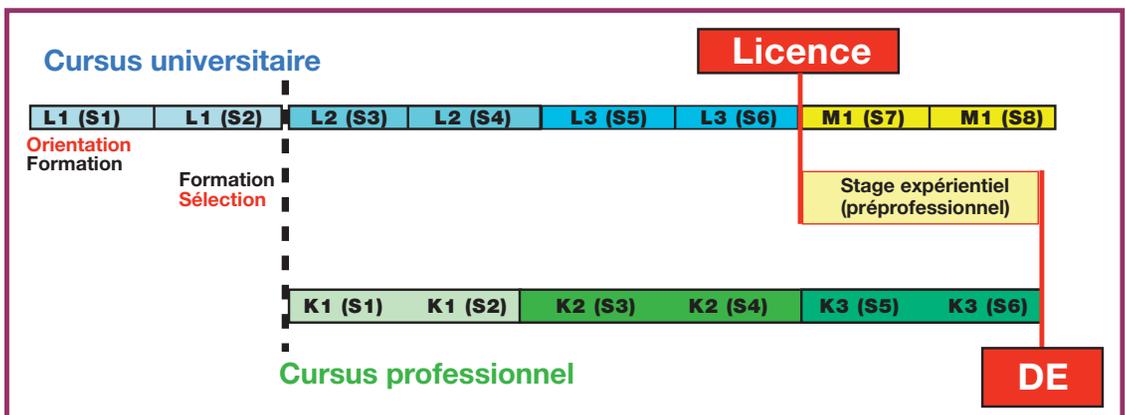
- grade L ouvrant à la poursuite d'études et de carrière vers les grades M et D

- puis stage "Expérientiel" de 2 semestres accessible sous réserve de co-validation des UE de Licence (S1 à S6) et des UE de Kinésithérapie (K1 S1 à K 2 S4) avec production & soutenance d'un mémoire professionnalisant (de recherche fondamentale ou appliquée)

Le DE de MK serait obtenu par co-validation du stage expérimentiel et co-validation du mémoire professionnalisant qui confèrent de droit le grade de maîtrise soit 60 ECTS pris en compte lors d'une poursuite en cursus master.

LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE

Le CNKS estime nécessaire une évolution de la formation des cadres : (ré)ingénierie et positionnement universitaire au niveau master. Le diplôme cadre doit garder sa bivalence (management/ formation). Parallèlement doit être créé un master d'expertise (= pratiques avancées) en réadaptation.





LA RECHERCHE

Le CNKS demande qu'à l'instar des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière (PHRI) soient mis en place des PHR Réadaptation ou Réhabilitation.

INTERVIEW DE HÉLÈNE BERGEAU, DIRECTRICE D'IFMK PUBLIC

K : Quel intérêt à la (ré)ingénierie de la formation ?

HB : Le terme de (ré)ingénierie est exact dans la mesure où il y a changement de paradigme : la construction de compétences est au centre des apprentissages. Ces apprentissages doivent être repensés. On passe d'une logique de qualification : j'ai mon diplôme donc je peux exercer, à une logique métier : j'ai acquis les compétences nécessaires à l'exercice professionnel considéré.

K : Comment avez-vous vécu la décortication du métier en activités ?

HB : Comme un exercice en soi indispensable, obligeant à reconsidérer le métier, obligeant à la prise de distance et l'explicitation des pratiques professionnelles, permettant la distinction entre l'outil technique et la mise en œuvre en situation réelle. Comme l'opportunité de séparer les activités cœur de métier des activités partagées entre les professionnels de santé, et de les reconnaître.

K : Cette démarche est elle comprise par l'ensemble de la profession ?

HB : Si la démarche me semble globalement comprise, il a manqué sûrement de la pédagogie et de l'information sur le cadre méthodologique choisi, ce qui aurait permis une meilleure adhésion.

INTERVIEW DE JEAN-LUC GÉRARDI, DIRECTEUR D'IFMK PRIVÉ NON LUCRATIF

K : Quels effets directs sur le dispositif de formation en général ?

JLG : Cette réforme est fondée sur le concept de compétence. Les dispositifs de formation ne pourront plus être centrés sur la seule transmission de savoirs. Se référant aux modèles constructivistes ils doivent inviter l'étudiant à l'analyse et la démarche, au transfert de connaissances et savoirs face aux nouvelles situations et donc au développement « dans l'action » de compétences cognitives à visée de son autonomisation. Les stages pratiques et les professionnels en charge d'encadrement et d'accompagnement prennent une dimension majeure pour que l'étudiant élabore la « combinatoire savoirs / processus » qui « font » les compétences. L'évaluation de celles-ci doit impliquer de ce fait les praticiens.

K : La réforme est-elle comprise par le monde de la formation ?

JLG : La réforme cadre de 1995, préparait à ce changement de paradigme. Quinze ans après celle-ci n'est toujours pas comprise par une grande partie de la profession qui reste encore trop fixée sur l'acquisition et la restitution des connaissances. Le dernier texte du DE le prouve : la certification est soumise à la seule soutenance d'un travail écrit pouvant être sanctionnée par une note éliminatoire ! Ceci n'a aucun sens en ingénierie de formation ! On peut redouter que les réaménagements pédagogiques autour du nouveau référentiel de formation s'effectuent eux aussi sans changement réel de paradigme...

Europe « des six » et kinésithérapie

→ Laurence Josse, vice-présidente

L'exercice salarié de la kinésithérapie est très différent d'un pays européen à l'autre. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte notamment la disparité de la structuration des systèmes de santé, bien que les principes communs de solidarité, d'équité, d'accessibilité et de qualité soient présents pour tous.

Pour ce premier bref tour d'horizon nous allons nous intéresser aux six membres fondateurs de l'Europe : Allemagne, Belgique, France, Italie, Luxembourg et Pays Bas. Il convient de rappeler qu'il est très difficile de trouver des données fiables, complètes et récentes sur l'état de la kinésithérapie en Europe tant sur le nombre de praticiens que sur les modes d'exercice.

Une comparaison de chiffres bruts n'aurait aucun sens si le contexte géographique et économique de chaque pays n'est pas mis en perspective.

En ce qui concerne le nombre de professionnels en exercice, seuls trois pays ont plus de 40.000 kinésithérapeutes. La France se situe en seconde position, précédée de loin par l'Allemagne et suivie par l'Italie.

La répartition entre exercice salarié et libéral varie d'un pays à l'autre. Cependant la répartition territoriale des professionnels reste dans tous les cas assez inégale.

En Belgique et France en la situation est comparable avec 80 % de praticiens libéraux et 20 % de salariés tous modes confondus.

L'Italie présente au contraire une prédominance de l'exercice salarié (en centres hospitaliers ou en centres privés) avec deux types de professionnels les masseurs-kinésithérapeutes et les masseurs, libres de leur exercice, souvent en libéral et peu nombreux, dont les actes ne sont pas remboursés. L'exercice mixte salarié (quel que soit le lieu) et libéral est très fréquent. En Allemagne les régions qui disposent de grands centres de rééducation et les zones rurales sont plus dotées en professionnels que les zones urbaines où les hôpitaux embauchent peu de kinésithérapeutes et à de faibles rémunérations.

La prise en charge du remboursement des soins de kinésithérapie influence sans doute leur consommation.

En France, ils sont remboursés par la sécurité sociale sur la base de 60% (90% pour le régime de l'Alsace-Moselle). En Allemagne, l'assurance maladie rembourse 85 % des soins de kinésithérapie. Depuis 2001, un catalogue de soins a été rédigé, dans lequel tous les diagnostics engendrant de la kinésithérapie sont référencés avec pour chacun le nombre de séances et de prolongations autorisées par trimestre. Depuis 2004, le bénéficiaire des soins doit payer en plus 10 € pour les frais de prescription.

En Belgique, les soins sont obligatoirement prescrits (contrairement à la majeure partie des autres pays où l'accès direct mais sans remboursement des prestations est possible), leur prise en charge est plafonnée, au-delà la poursuite des soins peut se faire mais leur remboursement sera soumis à l'obtention d'une dérogation auprès du médecin conseil.

Données statistiques : l'ERWCPT (European Region of the World Confederation for Physical Therapy) 2003 et 2005 ainsi que sur <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

• Le tableau ci-dessous présente quelques données essentielles.

	Population 2008	Nombre de MK	Nombre d'habitants par MK	Nb lits hôpital /100 000 habitants 2006	Dépenses santé %PIB 2006
Allemagne	82 218 000	75 000	1095	829,1	10,6
Belgique	10 667 000	18 000	593	672,7	10,4
France	63 983 000	64 327	995	707,5	11,1
Italie	59 619 000	40 000	1490	386,3	9,0
Luxembourg	494 000	370	1335	571,4	7,3
Pays-Bas	16 405 000	19 000	863	481,5	9,3



Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion

Etablissement public de soins de suite et de réadaptation
accueillant des enfants de la naissance à 17 ans

situé à 15 kms de Rambouillet, 17 kms d'Orsay
35 mn de Paris (accès autoroute, RER)

recrute (postes à pourvoir dès que possible)

- **1 cadre de santé rééducateur**
pour animer son équipe pluri-professionnelle (ergothérapeutes,
kinésithérapeutes, orthophonistes psychomotriciens)
- **2 kinésithérapeutes D.E.**
pour prise en charge d'enfants de la naissance à 17 ans

Pour tout renseignement :

Mme Amélia Bonato
Directrice des soins
Tél. 01 34 85 44 52

Adresser candidature avec lettre de motivation et CV à

H.P.R de Bullion
Monsieur le Directeur
78830 BULLION



CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD®

Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud à Lorient (Morbihan)

recrute

Masseurs-Kinésithérapeutes

en mutation

**ou par contrat d'un an à temps plein
renouvelable**

(Possibilité intégration Fonction Publique Hospitalière)

Les candidatures, accompagnées d'un
curriculum vitae, sont à adresser à :

M. Christian LEMETAYER

Directeur Adjoint
chargé des Ressources Humaines
Centre Hospitalier de Bretagne Sud
BP 2233
56322 LORIENT Cédex

E-mail : c.lemetayer@ch-bretagne-sud.fr
☎ : 02 97 64 91 07

Pour tout renseignement, contacter :

M. Yves KERROUX
Cadre supérieur de santé

E-mail : y.kerroux@ch-bretagne-sud.fr
☎ : 02 97 64 90 00 – poste 8765

Pack Auto



On peut être
un kinésithérapeute qui ne compte pas ses heures
et rouler
aux économies.

Votre nouvelle voiture financée* et assurée en un coup de fil !

Avec le pack auto de la MACSF, vous bénéficiez non seulement de conditions très avantageuses pour financer et assurer votre véhicule neuf ou d'occasion, mais aussi de réductions jusqu'à -28% sur l'achat d'un véhicule neuf avec notre partenaire. Votre conseiller s'occupe de l'ensemble de vos démarches et vous fait gagner du temps et de l'argent.

www.macsf.fr

☎ 3233** ou 01 71 14 32 33

* Sous réserve d'acceptation du dossier par MACSF financement et MACSF prévoyance.
** Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.



M.A.C.S.F

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Epargne Financement