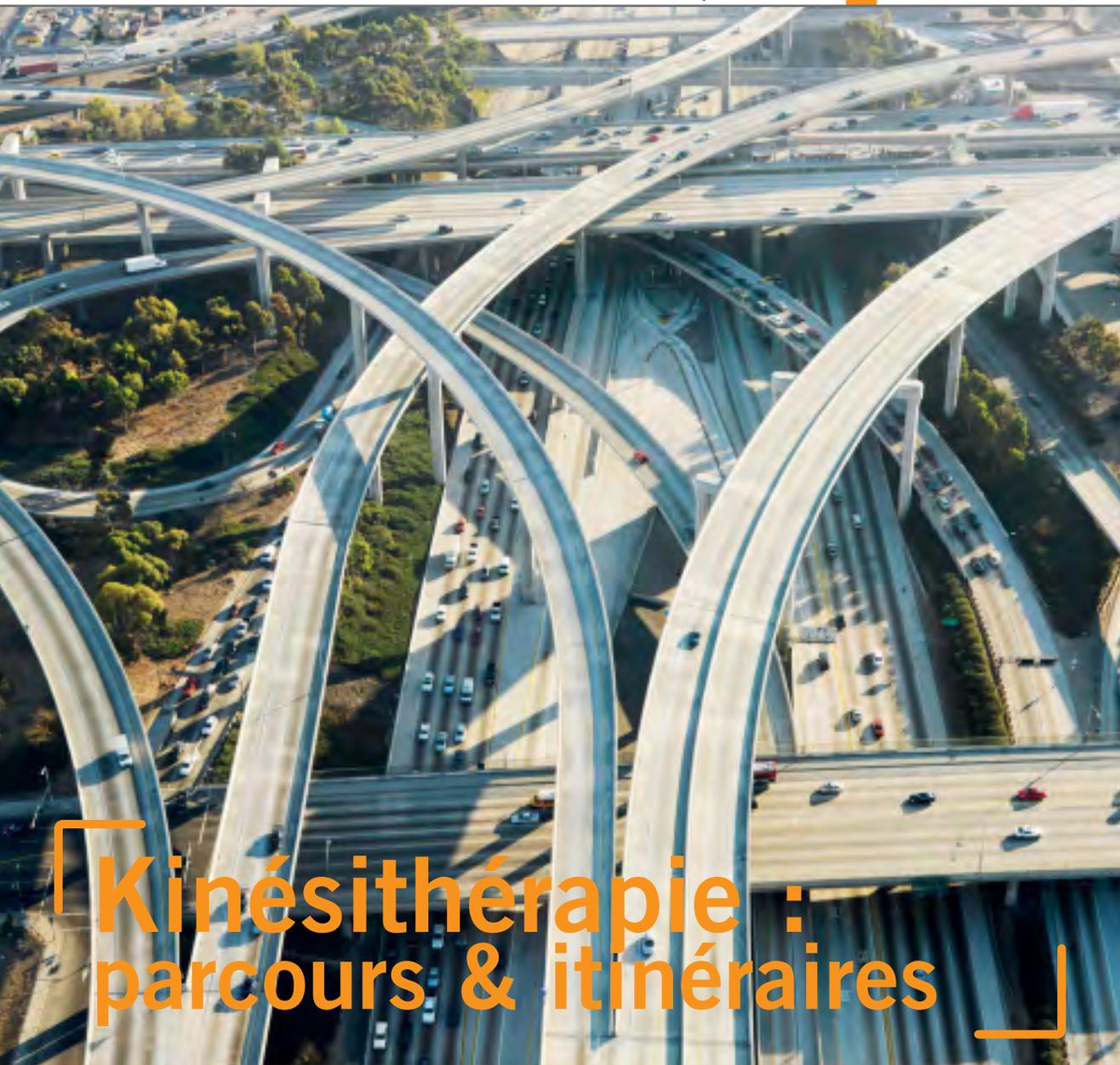


# kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés



## Kinésithérapie : parcours & itinéraires

→ P04 Quel mémoire pour  
les étudiants kinésithérapeutes ?



→ P09 Notion de parcours  
et itinéraires cliniques.



→ P17 Plaidoyer pour des PHR



Avril - Juin 2010  
n°19

**PROTÉGEZ VOTRE SANTÉ,  
EN TOUTE TRANQUILLITÉ  
À PARTIR DE...**



**2 MOIS** DE COTISATION  
**GRATUITS**  
DÈS VOTRE ADHÉSION\*



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
**BONSAI PRIMO**



**Performante côté santé**

L'essentiel au meilleur prix.



**Solidaire côté social**

Minoration de cotisation pour faibles ressources.

Adhérez : [www.bonsai-mnh.fr](http://www.bonsai-mnh.fr)

03 69 32 45 00

ou rencontrez votre correspondant MNH.



Mutuelle membre des Fédérations de France adhérentes à la Sécurité sociale.

\*Offre réservée aux adhérents adhérents à la date de publication de la présente campagne de communication. Les cotisations sont calculées sur la base de la cotisation de base de la mutuelle. Les cotisations sont calculées sur la base de la cotisation de base de la mutuelle. Les cotisations sont calculées sur la base de la cotisation de base de la mutuelle.

© 2014 MNH. Tous droits réservés. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la MNH est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la MNH est formellement interdite.

**Praticoscope**

Quel mémoire pour les étudiants kinésithérapeutes ?  
Quelle mémoire pour la profession ? P04

**Au cœur des Organisations**

Notion de parcours et itinéraires cliniques. P09

**Au cœur du Métier**

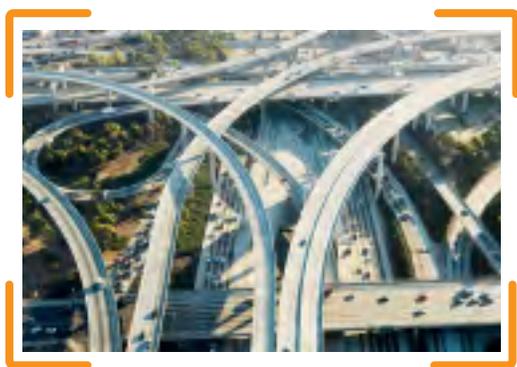
Réingénierie du parcours de formation,  
une mission conjointe des formateurs et des cliniciens. P14

**Au microscope**

La réforme de la formation initiale  
en débats et en enquêtes P15

**Au cœur de la Recherche**

Plaidoyer pour des PHR... P17



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  
contact@citheacomunication.fr  
RCS PARIS B 422 962 233 - APE 7311 Z  
SARL AU CAPITAL DE 40 000 €

Crédits photographiques  
Fotolia  
Impression  
Rivet

Dépôt légal :  
3<sup>e</sup> trimestre 2010  
ISSN : 1956-7596

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

# Périscope

"Le savant n'est pas celui qui donne les vraies réponses mais celui qui pose les vraies questions."  
Claude Lévi-Strauss.



Il y a les parcours et chemins, parfois compliqués, des patients qui sont au cœur de nos préoccupations et dont nous parle ce numéro.

Il y a ceux, non moins complexes, de nos collègues professionnels

qui au jour le jour, quels que soient l'environnement et leurs conditions de travail très mouvantes, adaptent leurs techniques et leurs comportements pour accomplir leurs missions d'accompagnement des patients.

Il y a encore les itinéraires et trajectoires, hors des sentiers battus, de nos collègues engagés dans les mouvements syndicaux, politiques, associatifs voire ordinaires sur lesquels la vie n'est pas qu'un long fleuve tranquille.

Il y a enfin les labryrinthes qu'empruntent les diverses formes... souvent chaotiques tels ceux de l'actuelle réforme de la formation. La « profession », dans l'éclectisme de ses divers métiers, n'appréhendant ni son passé, ni son présent, avec les mêmes sources historiques et les « mêmes valeurs », est encore moins en mesure d'envisager son avenir de façon homogène. Toujours encline, quelle que soit sa structure de représentation, à vouloir forcer le destin par le compromis maximal elle se prive du consensus minimal qui permettrait la connaissance puis la re-connaissance de chacun, de tous, et in fine - dans un cadre d'altérité - de l'ensemble.

L'histoire, comme l'exprime le corps des architectes, ne retiendra que l'intention, le geste et la trace. C'est dans cette trajectoire que le CNKS conduit sa démarche « nos terres, nos champs et nos cultures » ; une démarche qu'il vous invite à retrouver, à partager et à enrichir de vos expériences sur [www.cnks.org](http://www.cnks.org).

**Laurence Josse**  
Vice Présidente



D'un coup, avec la disparition en juin 2008 des « mises en situation professionnelle » du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, le travail écrit produit par l'étudiant en fin d'études a pris une importance nouvelle. Son objet s'est considérablement élargi et la méthodologie possible est désormais plus ouverte. Si ce travail

se réfère à l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie, celle-ci peut concerner une situation clinique ou hors clinique. La question est alors posée à l'étudiant de faire un travail de type mémoire professionnel ou bien un mémoire universitaire de type rapport de recherche.

Après avoir rappelé le cadre actuel de ce travail écrit du diplôme d'Etat et ses perspectives d'évolution liées

à la mise en œuvre de la réingénierie de la formation, nous abordons les attendus d'un mémoire professionnel et ceux d'un mémoire universitaire. Nous concluons par l'intérêt d'une double approche professionnelle et universitaire dans une vision prospective de développement de la recherche en santé, en soins et en réadaptation.

• **Un travail écrit valorisé qui évolue vers un mémoire.**

Pour son travail écrit, l'étudiant dispose de plus de temps pour la production d'un document plus long. Auparavant, le travail écrit était réalisé par l'étudiant pendant sa dernière année d'études, à partir de son premier stage de troisième année à l'IFMK. L'étudiant dispose maintenant de tout son parcours de stage qui commence en deuxième année, c'est à dire qu'il dispose de presque deux ans pour initier son travail, réaliser et soumettre son mémoire au jury. De plus, le document écrit est passé de quinze à trente pages maximum en 2009. De ces trente pages, il nous paraît important de noter qu'il s'agit de la limite supérieure à ne pas dépasser, en aucun cas d'un but à atteindre ; dans cette limite, il s'agit d'écrire le nombre de pages nécessaire et suffisant pour la démonstration choisie.

L'ultime épreuve permettant d'obtenir le diplôme d'Etat est aujourd'hui la soutenance orale de cet écrit en fin de formation initiale. La durée de cette

## Quel mémoire pour les étudiants kinésithérapeutes ? Quelle mémoire pour la profession ?

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

soutenance est passée de quinze à vingt minutes en 2008, puis à trente minutes en 2009. Cette épreuve compte pour moitié dans l'obtention du diplôme, l'autre moitié relevant du contrôle continu des deux dernières années de formation. L'organisation de cet examen du diplôme d'Etat vient d'être décentralisée, passant des services déconcentrés de l'Etat à l'IFMK. Le jury de l'examen est maintenant présidé par le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant.

Au-delà de ces changements de forme, secondaires selon nous, il y a un vrai changement de fond qui s'opère dans l'objet de ce travail, dans la **sémantique** utilisée pour le nommer et dans la coopération entre le terrain de stage pourvoyeur de la situation et l'institut de formation.

Le travail écrit se réfère à « *l'étude d'une intervention en masso-kinésithérapie au regard d'une situation clinique ou hors clinique* ». Il n'est donc plus seulement question de rapporter un cas clinique à partir de l'histoire d'un patient unique rencontré en stage, mais bien de regarder et d'analyser tout ou partie de l'intervention d'un kinésithérapeute. Reste à définir ce qu'est une « *intervention en masso-kinésithérapie* »... s'agissant d'un travail de réflexion professionnelle et/ou de recherche, il convient de choisir le sens le plus large. Etudier une intervention en masso-kinésithérapie,

c'est étudier l'interaction du kinésithérapeute avec le patient dans un but préventif ou curatif : dépistage et orientation, examen clinique, évaluation, diagnostic et pronostic, planification des soins, interventions procédurales (exercices thérapeutiques, entraînement fonctionnel, prescription d'exercices ou de dispositifs médicaux, massages ou thérapie manuelle, utilisation d'agents physiques ou thérapie instrumentale...), éducation et formation, documentation et évaluation des résultats. C'est aussi étudier la pratique professionnelle et sa gestion : sécurité pour le patient, professionnalisme, responsabilité, communication, raisonnement clinique, adaptabilité culturelle, financement des soins, supervision du personnel et développement professionnel continu. La situation retenue pour le travail écrit peut être une situation clinique ou hors clinique. Dans ce dernier cas, elle pourrait concerner la gestion de l'information et de la documentation, d'un projet professionnel, de la qualité et des risques, de ressources (une équipe, des locaux, des matériels, des services en ligne sur Internet, etc.), ou la gestion administrative, économique ou logistique. Enfin, cette situation étant choisie par l'étudiant « *à l'issue d'une expérience de son parcours de stages* », elle peut concerner une série de patients et plus seulement un patient unique, se situer en amont ou en aval de la prise en charge kinésithérapique ou avoir été rencontrée à l'occasion de plusieurs stages.

La sémantique autour de ce travail écrit évolue progressivement vers la notion de « *mémoire* ». Si certains IFMK, comme l'Ecole de kinésithérapie de Grenoble, s'étaient déjà approprié le terme, cela tend à se généraliser. Il est maintenant question dans le texte d'un « *directeur de mémoire* ». Le terme de mémoire renvoie à plusieurs réalités distinctes dans l'administration. Il est utilisé dans l'enseignement supérieur pour désigner un document de taille variable réalisé dans le cadre d'un processus de formation par une ou plusieurs personnes, sur un sujet proche du champ d'études choisi et dans une perspective qui s'efforce de tenir compte des règles de l'activité scientifique. Cet exercice est souvent inscrit dans le programme des universités ou des écoles professionnelles - en particulier dans le domaine de la santé et du social. S'il n'existe pas de stéréotype, ce travail s'apparente le plus souvent à l'un des trois types suivants :

• **mémoire recherche** : l'étudiant choisit un thème et réalise une étude empirique en « *allant sur le terrain* » pour observer ou expérimenter. La méthodologie est choisie en fonction de la question posée. Le mémoire est dans ce cas le rapport de sa recherche ou le plus souvent de sa participation au travail d'une équipe de recherche. En kinésithérapie, cela correspond, par exemple, à un essai clinique (clinical trial dans la base de données PEDro).

• **mémoire compilation :**

l'étudiant choisit un thème d'étude et rassemble l'essentiel de la littérature sur le sujet, c'est à dire les travaux publiés par d'autres que lui. Il analyse ces travaux, et en fait une présentation critique sous forme de synthèse.

En kinésithérapie, cela correspond, par exemple, à une revue de littérature (systematic review dans PEDro).

• **mémoire analyse d'expérience :**

Il présente une expérience et son analyse ; une problématique en est extraite, des hypothèses sont formulées et vérifiées par une enquête de terrain de type entretiens semi-directifs. Il peut se terminer par des propositions à poursuivre ou à réorienter des actions. En kinésithérapie, cela s'apparente, par exemple, à une analyse des pratiques pour produire des recommandations pour la pratique clinique (clinical guidelines dans PEDro).

La direction de ce travail est « assurée par un cadre de santé enseignant à l'institut de formation en masso-kinésithérapie, directeur de mémoire ». Ce nouvel uniforme, endossé par les cadres de santé, appelle de nouvelles compétences à acquérir ou à développer. Cela implique également une politique d'accompagnement de la part des IFMK. En effet, la direction de mémoire entraîne de nouvelles responsabilités pour ces cadres, appelés à mettre en œuvre un accompagnement et une aide orientée à l'élaboration du mémoire, par des procédures :



• **d'écoute d'un étudiant engagé dans une démarche**

professionnelle ou de recherche,

• **de rappel d'instructions**

**formelles**, comme le cadre réglementaire, les exigences de l'IFMK, le calendrier, les critères d'évaluation, etc.,

• **de régulation garantissant**

**la démarche** de l'étudiant en kinésithérapie et visant son inscription dans un cadre défini. Cet accompagnement peut concerner le produit « *mémoire* » visé, c'est à dire la cible à atteindre, la logique de raisonnement qui

permet à l'étudiant d'acquérir la compétence « *savoir problématiser* », la démarche de recherche pour aider l'étudiant à relier les données recueillies et sa problématique, la planification des tâches pour la réalisation du mémoire, la rédaction du mémoire proprement dite et sa soutenance orale. Ce sont les besoins spécifiques de l'étudiant et ses attentes, voire l'absence de questionnement, qui vont orienter la direction du mémoire. Le sujet du mémoire est « *covalidé par le directeur de mémoire de l'institut de formation en masso-kinésithérapie et le référent de stage* ».

## Quel mémoire pour les étudiants kinésithérapeutes ? Quelle mémoire pour la profession ?

(suite et fin)

Cette covalidation suppose une stratégie de coopération entre un IFMK et tous ses terrains de stage, potentiellement pourvoyeurs de situations à l'origine des thèmes des mémoires des étudiants kinésithérapeutes. Il s'agit ici d'anticiper autant que faire se peut la réingénierie de la formation à partir de l'approche compétences. Il s'agit de nous poser les bonnes questions.

Quelle est l'utilité sociale de ce mémoire ?

Quelle(s) compétence(s) sa réalisation permet-elle d'acquérir ?  
Quels objectifs opérationnels définir ?

Une partie des réponses se trouve ci-après. Depuis 2009, la formation initiale en kinésithérapie « poursuit encore plus clairement deux objectifs :

- apprendre à rééduquer, suppléer, prévenir, conseiller, surveiller, éduquer, réadapter, réinsérer,

ré-entraîner, en tant que masseur-kinésithérapeute,

- apprendre à lire, se référencer, écrire, parler, étudier, argumenter, problématiser, soutenir en tant que candidat au diplôme d'Etat ».

Une réelle coopération entre un IFMK et tous ses terrains de stage facilite la confrontation des idées, élément central de la problématisation des situations professionnelles rencontrées par l'étudiant. Elle permet l'émergence d'une culture de coproduction. Par exemple, des outils pédagogiques ou des critères d'évaluation du mémoire peuvent être proposés conjointement : la capacité au raisonnement clinique, à la problématisation et à la résolution de problème, la bonne compréhension de la situation, le cadre méthodologique rigoureux, la capacité à utiliser des ressources documentaires, à prendre du recul sur son propre travail, à l'auto réflexion et à l'auto évaluation.

1/ Arrêté du 2 juin 2008 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

2/ Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

3/ Arrêté du 2 juin 2008 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

4/ Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

5/ Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

6/ Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

7/ Pilotti A, Bergeau J (2009). Une situation

clinique : kézaco ? Praticoscope. Kinéscope n° 16, sep-oct : 16-18

8/ Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

9/ Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

10/ Bergeau J (2007). Choisir une méthodologie de recherche, pour quoi ? Au cœur de la recherche. Kinéscope n° 6, octobre : 24-25

11/ [www.pedro.org.au](http://www.pedro.org.au)

12/ Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

13/ Michon D (2010). Pédagogie du problème et problématisation. XIV<sup>e</sup> Journées Nationales de la Kinésithérapie Salarisée, Quimper, 22 avril 2010 « Parcours de ou en santé et kinésithérapie »

14/ Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

15/ Cochet H (2008). Penser, Ecrire, Présenter, Soutenir, du « PEPS » dans le diplôme ! Au cœur de la formation. Kinéscope n° 11, sep-oct : 16-17

16/ Gomez F (2001) Le mémoire professionnel, objet de recherche et outil de formation. De Boeck université. p 57

17/ Bergeau J, Cottret Y (2008). Théories et modèles. Macroscopie. Kinéscope n° 11, sep-oct : 5-8

18/ Maffre A (2007). Réussir son mémoire professionnel. Savoir communiquer. Chronique sociale

19/ Bourdoncle R (1991).

La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. Revue française de pédagogie, n°94, pp 73-92

20/ Bourdoncle R (1993).

La professionnalisation des enseignants : les limites d'un mythe ». Revue française de pédagogie, n°105, pp 83-113

21/ Pilotti A (2009). Situation clinique et mémoire professionnelle : construction d'une identité. Praticoscope. Kinéscope n° 17, nov-déc : 25-27

22/ Vaillant J (2009). Comment combler le retard de la kinésithérapie en matière de recherche. Au cœur de la recherche. Kinéscope n° 17, nov-déc : 30

23/ Bourgeon D et al (2009). Identités professionnelles, alternance et universitarisation. Lamarre





# au cœur des Organisations

Eric Roussel, coordonnateur général des soins

## → Notion de parcours et itinéraires cliniques.

Entre parcours, itinéraires et chemins cliniques nombreux sont les **concepts et outils** qui se développent depuis quelques années **pour remettre le patient au cœur de l'organisation de sa prise en soins**. Les termes sont nombreux et les usages aussi. Parfois méthode d'amélioration de la qualité des soins (2,3), ailleurs outils de planification clinique prévisionnel et interdisciplinaire pour la prise en charge optimale de groupes homogène de malades (1, p 6). Méthodes de management des soins et des ressources, ces procédures sont, sans aucun doute, le moyen de mieux gérer les interfaces tout au long du parcours d'un patient et de ses rencontres avec de nombreux professionnels.

Cet article propose d'une part une définition des différentes approches proposées ensuite une analyse sémantique afin d'étayer des choix théoriques, puis une description de la méthode illustré par quelques exemples, enfin les avantages et écueil à connaître pour se lancer dans ce type de stratégie institutionnelle.

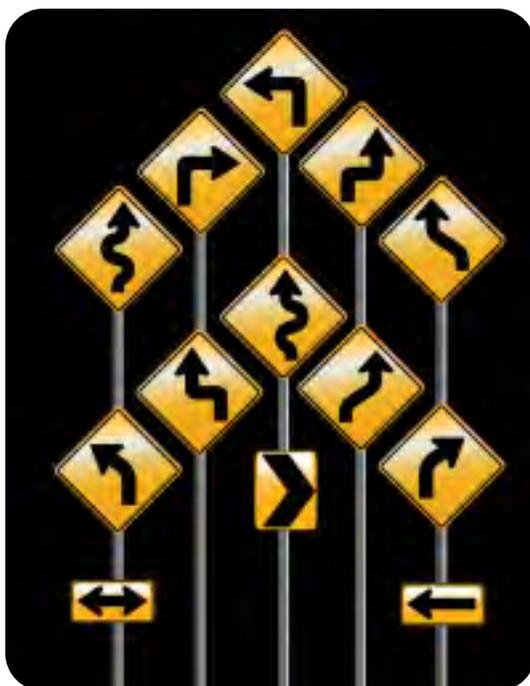
### DE QUOI PARLE-T-ON ?

• **Le parcours clinique** décrit des processus à la fois médicaux et économiques intégrant les différents groupes professionnels impliqués dans les soins. Il permet de structurer et de coordonner le déroulement d'activités complexes dans les hôpitaux. Il s'agit de décrire l'ensemble des étapes de la prise en charge médicale. Cette démarche standardisée permet une meilleure coordination médicale et paramédicale et d'éviter les redondances notamment au niveau des différentes structures intra et extra hospitalières. Les temps et espaces morts sont réduits. La durée des

séjours est optimisée. La formalisation et la hiérarchisation de la prise en soins des patients permettent une juste utilisation des plateformes techniques et de rééducation. Idéalement ce processus intègre le suivi pré et post hospitalisation et s'inscrit dans une vision territoriale de la prise en charge telle que décrit dans la loi HPST.

La description du parcours s'appuie le plus souvent sur des recommandations ou « guidelines » scientifiquement reconnus mais également sur une normalisation et une standardisation des moyens nécessaires. Cela doit permettre une approche médico-économique de l'organisation des soins et une optimisation des dépenses de santé.

• **L'itinéraire clinique** est "un ensemble de méthodes et d'instruments pour mettre les membres d'une équipe pluridisciplinaire et interprofessionnelle d'accord sur les tâches à accomplir pour une population de patients spécifique. C'est la concrétisation d'un programme de soins dans le but de garantir une prestation de soins de qualité et efficaces" (Netwerk Klinische Paden, 2001). Les itinéraires cliniques répondent avant tout à la question "comment" et visent à formaliser la manière dont sont organisés les soins. Historiquement la démarche de l'iti-



# au cœur des Organisations

Eric Roussel, coordonnateur général des soins

l'itinéraire clinique est issu de l'industrie ou depuis les années 1950-1960 la recherche du chemin critique tend à optimiser et planifier le processus industriel. En 1985 Zander et Bower décrivent l'itinéraire clinique comme un moyen d'obtenir le meilleur rapport coût/efficacité d'une prise en charge. C'est ensuite l'implantation au Royaume Uni dès 1991 à la recherche de la qualité. En 1996-1997 les pays du Benelux décident d'utiliser l'itinéraire clinique pour allier qualité et efficacité et c'est en 2004 qu'est créé l'European Parthway au sein du Réseau Itinéraires Cliniques.

• **Le chemin clinique** est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Il décrit pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge efficiente à partir des règles de bonnes pratiques professionnelles et/ou préconisations des sociétés savantes.

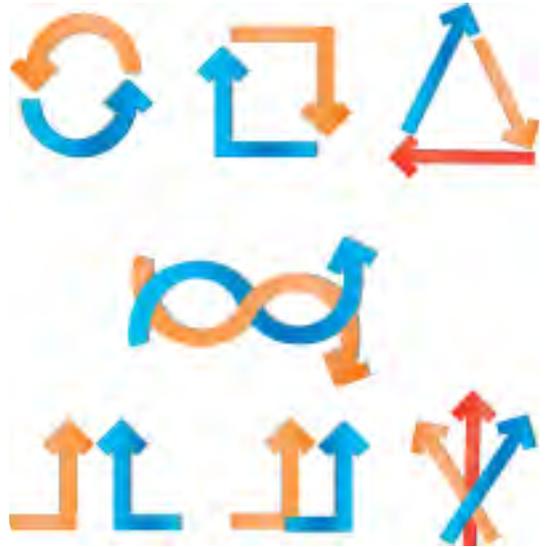
C'est une liste d'actes à réaliser, et/ou un document à intégrer au dossier patient remplaçant un certain nombre de pièces. Il s'agit ensuite de remplir les éléments au fur et à mesure de la prise en charge du patient. Tous les actes sont définis au préalable et représentent une check-list ou une planification horaire à respecter.

Le chemin clinique doit être proposé pour des pathologies fréquemment rencontrées dont la variabilité de prise en charge est grande et pour lesquelles les recommandations sont accessibles.

## ENTRE DÉTOUR SÉMANTIQUE ET AXES DE CONVERGENCE

Si les mots parcours, itinéraires et chemins peuvent sembler synonymes, une approche comparée reste utile.

• **Le parcours** est le trajet que fait une personne ou que l'on fait faire à une chose. Signifiant également « traverser, visiter dans toute son étendue ou dans divers sens », ce terme introduit les notions de trajectoire et de projet. Il renvoie aux notions d'action, d'intention, d'engagement et d'autonomie. Avoir un parcours c'est à la fois se situer dans le passé, le présent et l'avenir. Le parcours semble atemporel. Il évoque une histoire.

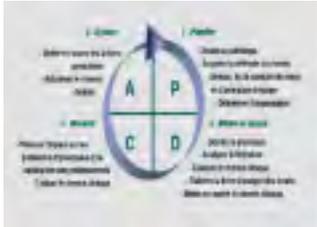


• **L'itinéraire** est un chemin à suivre ou suivi. Etymologiquement issu du latin « itinerarium » relation de voyage ou carte de voyage, l'itinéraire peut paraître contraignant. Déjà dessiné il laisse peu de liberté à celui qui l'emprunte. Fait d'étapes et de repères, il guide et oriente mais n'autorise pas le vagabondage. Le voyage est organisé...

Du latin « caminus », **Le chemin** est défini comme une voie assez étroite et non revêtue ou encore la distance à parcourir qui sépare un lieu d'un autre. Au sens figuré c'est le moyen d'arriver à un résultat, d'atteindre un but. Le chemin est donc à la fois un lieu, un intervalle et un but. Parfois déjà tracé, le plus souvent à tracer, il évoque une géométrie, un espace, une géographie.

En Europe l'usage des mots change. Parcours en Suisse, il devient itinéraire aux Pays Bas et en Belgique puis, sous l'impulsion de l'HAS (2,3) chemin en France. Nous retiendrons que, si les méthodes ne sont pas strictement similaires, les intentions et les objectifs sont globalement les mêmes. Il s'agit de :

- Remettre le patient et sa famille au cœur de la prise en charge ;
- Sécuriser la prise en charge et particulièrement les interfaces ;



- Améliorer la qualité des soins, qu'ils soient préventifs, diagnostiques ou curatifs ;
- Améliorer l'efficacité, c'est-à-dire le rapport coût/efficacité, de la prise en charge.

Nous croyons que la notion et le terme de parcours clinique sont les plus pertinents car les plus adaptés à la complexité du système de santé. Ils répondent à la nécessité d'une approche globale prenant en compte l'histoire et la totalité du circuit de prise en charge intra et extra hospitalier, mais également à une description analytique précise et rigoureuse. Voyons comment faire !!!

### UN PEU DE MÉTHODE...

Les premières étapes de l'engagement dans ce travail sont politiques et stratégiques. En effet il sera difficile de mener au bout cette démarche sans un engagement fort de la communauté médicale et paramédicale, de la direction de l'établissement et des partenaires extrahospitaliers. Selon le périmètre du travail, il est souhaitable que cet engagement soit pris au sein d'instances reconnues telles que le comité exécutif (futur directeur), la CME (commission médicale d'établissement) et la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Une formalisation dans les documents institutionnels tels que le projet stratégique et le projet de soins sont des compléments utiles.

A cette occasion des priorités doivent être définies. Quels sont les patients ? Les groupes homogènes de malades (GHM) ? Les services ? qui sont choisis pour débiter. Sur quels critères ? Fréquence ? Coût ? Fiabilité des recommandations ? Opportunités ré-organisationnelles ? etc. Toutes ces questions doivent être posées et résolues en tenant compte de l'importance du travail à venir.

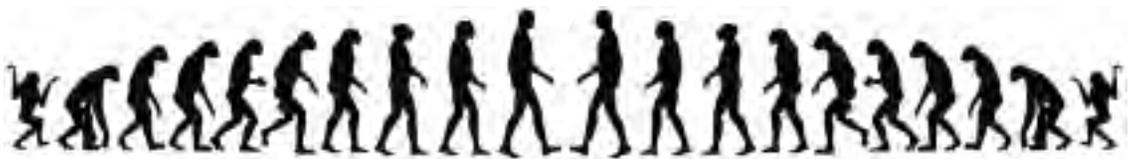
Quand ce choix est fait un groupe projet démarre alors une phase de description, d'analyse de données et de formalisation du processus. Cette étape repose sur :

- La recherche bibliographique et la lecture des recommandations thérapeutiques ;
- L'analyse de 20 à 30 dossiers patients et de soins ;
- L'interview 10 à 15 patients ;
- La planification du processus sous forme d'un logigramme ;
- La détermination des tâches des acteurs ;
- L'élaboration du plan d'interventions pluri-professionnel.

La participation d'un nombre d'acteurs suffisamment important dans cette période du travail est le gage d'une bonne mise en œuvre. Les participants doivent être choisis sur leur représentativité et leur connaissance du processus. C'est ensuite une phase de communication et de diffusion des outils produits.

L'ensemble répond à la méthode qualité de Deming telle que rapportée par l'HAS (3, p 11) et s'inscrit dans un processus récursif à l'aide d'une évaluation comprenant mesure et régulation.

Les outils produits doivent être à la fois simples et complets. Sous forme de logigramme pour décrire la prise en charge et/ou de tableaux pour tracer les interventions, ce sont des référentiels qui facilitent le positionnement de chaque action et acteur et doivent être réactualisés aussi souvent que nécessaire.



# au cœur des Organisations (fin)

Eric Roussel, coordonnateur général des soins

## UN EXEMPLE : LA PRISE EN CHARGE D'UN ENFANT HOSPITALISÉ POUR BRONCHIOLITE

JO : passage aux urgences puis hospitalisation				
OBJECTIFS CLINIQUES	Améliorer l'état respiratoire et nutritionnel de l'enfant			
OBJECTIFS PATIENTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information des parents et diminution de l'anxiété</li> <li>• Compréhension du traitement</li> </ul>			
	ACTES	HEURES	SIGN.	COMMENTAIRES
CONSULT/VISITES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation urgences</li> <li>• Visite pédiatre hospit.</li> <li>• Contre visite</li> </ul>			
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rx</li> <li>• Recherche VRS</li> <li>• Selon prescription</li> </ul>			
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aérosols bronchodilatateurs</li> <li>• Antibiothérapie</li> <li>• Selon prescription</li> </ul>			
SOINS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinésithérapie (fréquence)</li> </ul>			
SURVEILLANCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FC, FR</li> <li>• Saturation</li> <li>• Poids</li> <li>• Eveil</li> <li>• Etat psychomoteur</li> </ul>			
ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par sonde</li> <li>• Biberons (fréquence, quantité)</li> </ul>			
ACTIVITÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couché en proclive</li> </ul>			
RECUEIL D'INFORMATION / CONTRÔLE DU DOSSIER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien d'accueil avec les parents par l'infirmière</li> <li>• Recueil d'informations :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- médicales (traitements, allergies,</li> <li>- douleur, alimentation)</li> <li>- familiales</li> </ul> </li> <li>• Vérification du dossier</li> <li>• Recueil des résultats des examens réalisés</li> </ul>			
ÉDUCATION / INFORMATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couchage</li> <li>• Alimentation</li> <li>• <i>BabyHaler</i> (aérosols)</li> <li>• Tabagisme passif</li> <li>• Traitement post-hospitalisation</li> <li>• Etc...</li> </ul>			
RÉSULTATS ATTENDUS	Amélioration de l'état respiratoire, prise de poids et... retour à domicile			

### DÉCRIRE, FORMALISER ET TRACER : OUI MAIS...

Au-delà de l'intention et des méthodes, l'engagement dans la mise en œuvre du parcours clinique ne doit pas privilégier les outils et la rigidification structurelle au dépend de « l'art médical ». Partager un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de transparence de la prise en charge est nécessaire. Cela passe cependant par une prise en compte de l'individualité des acteurs qu'il s'agisse des patients ou des soignants. C'est ici

qu'intervient l'implication dans un projet commun guidé par un management responsable et clairement affiché.

#### Bibliographie

- 1/ GAUTHIER.T, (2008), *Démarche autour de la méthodologie d'implantation institutionnelle du chemin clinique*, In Actes de la 8ème journée d'échanges de l'AFEDI du secteur ouest, pp 5-9.
- 2/ HAS, (2004), *Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité*, Paris, juin 2004. 44 p.
- 3/ HAS, (2005), *Une méthode d'amélioration de la qualité : Le chemin clinique*, 4p.
- 4/ LAIFER.G, GAUDENZ.R, MEIER.C-A, *A propos des parcours cliniques («clinical pathways»)*, Forum Med Suisse 2009;9 (26-27)
- 5/ ROUSSELE, (2008), *Le parcours patient, une organisation au service d'une clinique du malade*. In Soins Pédiatrie-Puériculture, Février, n°240, p 34-35.



Les manutentions manuelles représentent la première cause de sinistralité pour les soignants. Les programmes associant la formation du personnel soignant et l'utilisation judicieuse d'aides techniques au transfert apportent des résultats probants. Ils améliorent la qualité de vie du soignant et du soin prodigué. Ils augmentent le confort et l'autonomie du patient.



[www.alterecosante.net](http://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<sup>®</sup>  
**Pro**

L'efficacité des  
huiles essentielles

Produits de massage et de soin aux huiles essentielles



LABORATOIRES  
**eona**

Le site internet pour les professionnels en santé  
Z.A. du Chemin - D.P. 15 - 91496 MILLY LAFORET  
Tél. 31 80 76 81 83 - Fax. 07 84 16 46 18  
[www.eona-lab.com](http://www.eona-lab.com)

# au cœur du métier

Jacques Bergeau, secrétaire national du CNKS

## → Réingénierie du parcours de formation, une mission conjointe des formateurs et des cliniciens.

Avant, c'était facile... il suffisait de mettre la théorie en application dans la pratique en stage. Avec la réingénierie de la formation, cela devient un peu plus complexe... Il nous appartient de relever le défi des compétences, celles-ci étant définies au sein du groupe réingénierie comme l'ensemble de savoir-faire, comportements, et connaissances, mobilisés dans une action et adaptés aux exigences d'une situation. Le concept de compétence est largement exposé et discuté, mais comment parler de la compétence entre collègues ou avec les étudiants ?

« Dans votre formation, ce qui est important, c'est ce

productive « ce n'est pas ce que l'on nous a appris à l'ifmk ! » ou bien « on ne fait pas comme cela à l'hôpital ! ». Au contraire, la confrontation des idées est centrale dans la problématisation des situations professionnelles rencontrées par l'étudiant ; la coproduction d'informations ou d'outils pédagogiques, voire une publication commune - préservant doute et dissonance cognitive et nous garantissant de la « pensée unique » - est source de richesses pour l'ensemble de la kinésithérapie salariée... L'accompagnement du mémoire et du diplôme d'Etat, évoqué dans ce numéro de Kinéscope, est un bon exemple de cette culture de confrontation et de coproduction, dans laquelle chacun a quelque chose à gagner.

Maître de stage, tuteur de stage et professionnel de proximité : ces « fonctions » peuvent être exercées par une seule et même personne, mais sont à définir et à différencier. Souhaitons ensemble que les chartes d'encadrement, que sont en train de signer tous les établissements de santé accueillant des étudiants infirmiers avec les ifsi, fassent l'objet d'un benchmark - et d'adaptation en tant que de besoin - par les acteurs de la formation des kinésithérapeutes. Passant d'un lieu à l'autre, l'étudiant-apprenant construit sa représentation d'une situation emblématique puis progressivement d'une situation clé, base de son adaptabilité future aux situations professionnelles rencontrées.

*Pour faciliter la confrontation précitée, Kinéscope vous invite, dans ses prochains numéros, à visiter le raisonnement clinique en kinésithérapie et ses particularités dans chacun des champs d'exercice de la kinésithérapie.*

que vous avez appris. Ce qui est essentiel, c'est ce que vous mettez en œuvre... ». Se questionner sur le différentiel entre ce qui a été appris par l'étudiant et ce qu'il met réellement en œuvre dans une situation donnée est à mettre au cœur de la formation. Ni les acteurs du terrain de la formation clinique (structures de soins et de réadaptation où se passent nombre de stages cliniques), ni ceux du terrain de la formation académique (ifmk et bientôt les universités paritaires) ne peuvent / doivent mener cette réflexion de façon isolée.

Entre lieu de formation clinique et lieu de formation académique, il s'agit de passer d'une culture simpliste de l'affrontement à une culture de la confrontation et de la coproduction. La culture de l'affrontement, parfois habilement utilisée par les étudiants, est toujours contre

La coopération entre formateurs et cliniciens, dans le cadre de la réingénierie des études de kinésithérapie, permet à un étudiant kinésithérapeute d'être accompagné dans son objet de formation clinique, guidé dans ses choix de stage, accueilli en stage, tutoré en stage à partir de ses demandes situationnelles, encadré sur son lieu de stage et suivi après son stage sur le plan pédagogique. Pour faire ensemble, il faut d'abord avoir la volonté de faire, ensuite il faut s'organiser pour le faire.



# Au microscope

## La réforme de la formation initiale en débats et en enquêtes

La réforme de la formation initiale et notamment son universitarisation sont de véritables enjeux pour l'évolution et la reconnaissance de la profession. Dans le précédent numéro de kinéscope le **CNKS** donnait sans à priori des premiers éléments de cadrage pour - une fois la réingénierie suffisamment avancée - une négociation nécessaire du dispositif (durée de la formation, répartition théorie / clinique, niveau du diplôme, grade universitaire ...).

Aux fins d'affiner ces premières orientations, de les conforter ou de les amender le **CNKS** - contributeur aux travaux de réingénierie de la formation initiale au sein du groupe de travail ministériel - a souhaité recueillir par enquête un premier avis des kinésithérapeutes salariés... auprès des 130 participants aux XIV<sup>èmes</sup> JNKS QUIMPER 2010.

Tels que rapportés lors des son conseil d'administration de juin 2010 Kinéscope publie ci-après les premiers résultats bruts sans autres interprétations :

**La formation initiale doit-elle conduire à maîtriser tous les domaines professionnels à l'issue du DE**

OUI 30 %  
NON 70 %

**Une formation en santé publique dans le cursus du DE est indispensable**

OUI 94 %  
NON 6 %

**La durée d'intégration d'1 stagiaire dans une équipe professionnelle est au minimum de**

3 semaines	9 %
4 semaines	21 %
5 semaines	28 %
<b>6 semaines</b>	<b>32 %</b>
+ de 6 semaines	10 %

**La durée de formation initiale conduisant au DE doit être de**

3 ans	15 %
<b>4 ans</b>	<b>70 %</b>
5 ans	15 %
8 ans	0 %

**Des diplômes de « pratiques avancées » ou « d'expertise » doivent-ils être mis en place**

NON 11 %  
OUI 89 %

**La profession doit-elle devenir une profession « médicale à compétence limitée »**

NON 65 %  
OUI 35 %



## → KINESITHERAPEUTES SALARIES : DONNEZ VOTRE AVIS

Kinéscope vous invite à vous rendre sur le site [www.cnks.org](http://www.cnks.org) pour télécharger le même questionnaire et le retourner dûment rempli avant le dimanche 26 septembre 2010...

aux fins d'enrichir à nouveau les résultats et l'analyse définitive qu'en fera le **CNKS** lors de son séminaire annuel de rentrée des 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2010.

# 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 été 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 Mutuelles - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse postale: 10 cours du Triangle de l'Ancêtre - TSA 40100 - 92019 LA DEFENSE CEDEX - SIREN N° 775 605 031

## Un projet vous tient à cœur ?

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



Sociétés fondatrices

Assureurs mutualistes

Au service de tous les professionnels de la santé



# au cœur de la recherche

Pierre-Henri Haller, cadre de santé kinésithérapeute

## → Plaidoyer pour des PHR...

L'émergence dans le champ de l'hôpital de programmes de recherche financés par l'Etat suscite plusieurs questions : « Depuis 1993, un programme hospitalier de recherche clinique est mis en œuvre annuellement dans les établissements publics de santé. Il permet, après sélection, de retenir et de financer des projets de recherche clinique, en fonction de thématiques de santé publique prioritaires. La recherche clinique utilise les outils issus de la recherche fondamentale, et permet de valider des découvertes avant leur diffusion dans l'ensemble du système de soins ». Ces programmes ont pérennisé au sein de l'hôpital de nouveaux acteurs : les attachés de recherche clinique. Initialement pilotés par des promoteurs de recherche médicaux, les PHRC ont parfois intégré des acteurs paramédicaux dont quelques kinésithérapeutes.

Très récemment, le législateur étendu ce financement à la « recherche infirmière » : « Un appel à projets relatif au programme de recherche infirmière (PHRI) a été lancé en septembre 2009 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) auprès des établissements de santé pouvant recevoir des financements au titre des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Il s'agit d'un programme pluriannuel, les projets devant se dérouler sur trois ans. Ainsi, le financement des projets retenus en 2010 s'achèvera, au titre de ce programme, en 2012 ». Ce programme s'intéresse autant aux « pratiques professionnelles infirmières que leur organisation. Il est relatif aux soins infirmiers conçus dans leur acception

large, englobant la prévention primaire et secondaire ». Il semble question d'étendre ce programme aux acteurs de la réadaptation.

Il convient de distinguer ces programmes de recherche des programmes d'amélioration de la qualité de pratique, même sur leur lien est étroit. Les injonctions des programmes hospitaliers d'amélioration de la qualité (Evaluation des Pratiques Professionnelles, démarche de certification des établissements de santé...) rend possible un glissement vers des projets d'efficacité et de normalisation face aux indicateurs ; cette démarche d'évaluation ne valorisant que rarement la dimension qualitatives des pratiques. Il est à souhaiter que les programmes hospitaliers de recherche puissent rendre compte de la créativité des pratiques singulières de soins (Value based médecine), et non strictement de la validation à grande échelle des thérapeutiques (Evidence based médecine).

L'émergence de ces appels à projet de recherche en soins infirmiers est à mettre en lien avec la création récente d'un département des sciences infirmières et par amédicales ainsi qu'un master en sciences cliniques infirmières au sein de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Notons que le champ lexical qui l'accompagne s'inscrit dans un registre de compétences techniques : « infirmière praticienne » « discipline des soins infirmiers » « pratiques avancées en gériatrie, en oncologie, en parcours complexes de soins... ». Il est particulièrement question des dimensions réflexives du soins (raisonnement clinique, diagnostic...). Le processus d'universitarisation des formations des métiers de la santé et l'élargissement des compétences (Rapport Berland) trouve donc de nouvelles déclinaisons, notamment sur la poursuite d'activités d'expertise et de recherche directement adossées à une nouvelle discipline universitaire. Ces propositions ne sont pas sans rappeler les modèles anglo saxons de filières complètes, licence, master (MSc), doctorat (PhD) dans des corps paramédicaux.

Quelques kinésithérapeutes, après des compétences complémentaires, ont pu postuler à des équipes de recherche universitaire labellisées et avoir une activité universitaire d'enseignement et de recherche en qualité de professeur, de maître de conférence ou de professeur associé. Pour autant, leur objet de recherche n'est pas spécifiquement une discipline « kinésithérapie » ou une

# au cœur de la recherche (fin)

Pierre-Henri Haller, cadre de santé kinésithérapeute



« science du mouvement perturbé ». D'autres praticiens contribuent à des travaux de recherche, publiés dans des revues internationales médicales. Sur le plan international, en kinésithérapie, quatre publications sur cinq actuellement indexées sont postérieures à 2000 et largement diffusées par les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Si la qualité des travaux de recherche universitaire place la France en 5<sup>e</sup> position sur le plan international, toutes disciplines confondues, l'absence de filière universitaire en kinésithérapie - physiothérapie semble rétrograder cette qualité perçue, au 25<sup>e</sup> rang international.

Peut-on - doit-on, penser des sciences de la santé ou du soin, intégrant de disciplines issues de corps professionnels à l'université ? Y aurait-il une question d'« autorisation »<sup>[1]</sup> des acteurs, au-delà des enjeux politiques professionnels, de l'apprentissage méthodique et de la constitution de corpus ? - « y être ? - en être ? pour quoi ? ».

La cohérence interne de chacune des recherches des acteurs de soin ne garantit pas une cohérence d'ensemble aux savoirs paramédicaux, sauf à les intégrer dans un ensemble plus large de savoir autour de la santé.<sup>[16]</sup> Les « sciences de la santé » du Canada sont ainsi découpées en disciplines que l'on pourrait qualifier de « rassemblement » des spécialités médicales et paramédicales.

Les disciplines scientifiques se sont constituées selon un découpage voire une « féodalité » des champs d'étude, ayant en eux-mêmes une cohérence, un discours ordonné par des règles. La rigueur scientifique n'est pas exempte d'influence, notamment dans l'utilisation de

recherches sur des pratiques pour légitimer une discipline. L'inscription de disciplines pourrait être lue comme des processus de légitimation d'acteur sociaux et non uniquement de systèmes d'objets de recherche.

---

Recherche « en » kinésithérapie procède d'une maturation professionnelle traduisant une démarche méthodologique. Recherche « et » kinésithérapie ouvre la profession vers son environnement et partage les savoirs avec d'autres acteurs coopérants. Recherche « pour » la kinésithérapie relève d'un projet militant de légitimation d'un corps.<sup>[15]</sup>

Ainsi les neurosciences sont l'exemple de perspectives interdisciplinaires, d'une recherche « et / en » kinésithérapie : Il est alors question d'étudier des « problèmes » qui n'appartiennent pas à une « matière ». Le champ de la réadaptation du handicap est riche de savoirs multi référentiels ( biomécanique, physiologie, psychologie, anthropologie...), par exemple, et d'acteurs aux regards métissés (rééducateurs, médecins, infirmiers et travailleurs sociaux...).

Une chance peut être offerte ici à une recherche interdisciplinaire et inter professionnelle sur les pratiques et leurs fondements qui questionnent l'utilité sociale de ses acteurs.

**C'est d'appréhender d'abord l'ensemble, le tout, le global, ses parties et leurs intersections, leurs zones de recouvrement, de ressemblance, de communauté ...qui permet de mieux définir leurs différences et donc le spécifique.**

**Comme le demandait très explicitement le CNKS depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009 - et aussi les étudiants en mars 2010 - la ministre de la santé venue conclure les Etats généraux organisés par le CNOMK a indiqué « J'ai souhaité dès cette année étendre le programme hospitalier de recherche infirmière. Mes services vont publier une nouvelle circulaire, qui prévoit que les masseurs kinésithérapeutes, comme l'ensemble des professions paramédicales, pourront déposer un projet de recherche dans leur discipline ».**

<sup>1/</sup> Circulaire N°DHOS/OPRC/2008/2009 du 12 septembre 2008 relative au programme hospitalier de recherche Clinique (PHRC) 2009.

<sup>2/</sup> Circulaire N° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010.





On peut être  
professionnel de la santé  
et avoir besoin d'un  
**diagnostic personnalisé**  
à chaque instant de sa vie.

**Mutuelle, assurance,  
épargne, financement...**

à la MACSF, les services pour votre vie privée  
sont aussi efficaces que ceux que nous  
vous proposons pour votre vie professionnelle.

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

☎ 3233\* ou 01 71 14 32 33



Notre vocation, c'est vous.

Mutuelle Assurance Épargne Financement