

## Apostille

« On ne peut pas être en même temps homme d'action et homme d'études, sans porter atteinte à la dignité de l'un et de l'autre métier, sans manquer à la vocation de l'un et de l'autre ». Max Weber

### SOMMAIRE

**PERISCOPE** p.1

**TELESCOPE** p.3 à 7

*De l'art à la science : quel progrès ?*

**MICROCOSCOPE** p.8 à 10

*Ethique et/en Réadaptation*

**PRATICOSCOPE** p.11 à 17

*Protocole de coopération*

**PRATICOSCOPE** p.18 à 20

*Rapport d'étonnement*

**MACROCOSCOPE** p.21 à 29

*SSR : à la recherche de la valeur perdue*

**EPISCOPE** p.30

**TROMBINOSCOPE** p.31

*Portraits*

**KALEIDOSCOPE** p.32

*Evènements*

[www.cnks.org](http://www.cnks.org)



[contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com)

Directeur de publication : Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :

Yves Cottret & Olivier Saltarelli

Comité de rédaction :

Valérie Corre, Christophe Dinet,  
Andrée Gibelin, Véronique Grattard,  
Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images libres de droit

## A propos d'éthique : le savant et le politique

Il y a quelques jours nous discutons d'éthique lors de notre soirée thématique\* avec le philosophe Pierre Le Coz.

Nous avons rappelé que la morale et la déontologie prescrivent et que l'éthique est une sagesse pratique que nous imposent des situations contingentes. La réadaptation de patients en situation de handicap et de fragilité, de douleur et de souffrance, est source d'inspiration pour des débats qui convoque nos valeurs, nos émotions et ainsi des principes éthiques.

D'autres situations sont source de réflexion et de tensions éthiques : celles où se confrontent la posture du savant et la posture de l'acteur politique. Le travail du savant implique une rigueur et une expertise afin d'appréhender un phénomène à partir d'hypothèses et une compréhension des faits. L'acteur politique s'inscrit dans l'action, dans une prise de position selon ses opinions et ses valeurs. Pour Max Weber\*\* le dévouement, le sentiment de responsabilité et le coup d'œil sont trois qualités du politique, qui se nourrissent d'une éthique de conviction et de responsabilité.

La question de l'engagement est donc centrale pour le clinicien. « Prendre une position politique pratique est une chose, analyser scientifiquement des structures politiques et des doctrines de partis en est une autre. » A quel moment et selon quels arguments, analysant la société dans lequel il agit et interagit, les activités professionnelles qu'il pratique et supervise, sommes-nous citoyens engagés et agissant selon nos convictions, participant aux débats et donnant des avis d'experts ?

La situation sanitaire exceptionnelle est un exemple de cette tension entre les décisions politiques et des faits scientifiques.

Qui ne s'est pas surpris à avoir un avis sur l'épidémiologie comme sur les mesures de confinement, sur les politiques de protection et de vaccination comme sur les impacts psychologiques physiques, éducatifs et sociaux... sans être savant ou politique ?

... / .... D'autres situations sont également propices à ces débats. Des élections professionnelles, des pratiques émergentes, des recommandations déontologiques sont autant de questionnements pour lesquels une posture prudente et une éthique s'imposent. Comme le suggère Max Weber « On ne peut pas être en même temps homme d'action et homme d'études, sans porter atteinte à la dignité de l'un et de l'autre métier, sans manquer à la vocation de l'un et de l'autre ». Il nous invite à ne pas jouer les rôles du savant et du politique en même temps, et à ne pas en imposer ses convictions s'appuyant sur des faits scientifiques.

Puissions-nous convoquer cette sagesse pratique avec discernement.

*Pierre-Henri HALLER, Président*

\* STKS 2 jeudi 18 mars 2021 \*\* Max Weber, Le savant et le politique, Paris, Plon, 1959.

## **KINESCOPE,**

*seule publication porteuse d'expériences  
et réflexions d'utilité sociale & sociologique  
des Kinésithérapeutes, cadres MKS & rééducateurs salariés.*

# Saluons



# la kinésithérapie salariée !

*en SSR ou Hospitalier, un formidable métier*

**CNKS :**  
*intérêt, engagement & participation  
de chacune et chacun d'entre vous sont utiles, nécessaires  
et indispensables à la reconnaissance et valorisation de notre métier.*

## T éléscope

### DE L'ART A LA SCIENCE : QUEL DIALOGUE POUR LA SANTE ?

#### Un monde cloisonné

Entre la science et l'art, il y a souvent la confrontation difficile de deux mondes celui du rationnel et celui de l'irrationnel, celui de la raison et celui de l'émotion.

La science répond à des règles, des lois, des modèles qui ne peuvent pas être transgressés. Il est utile face à cette conception rigoureuse de la science d'apporter une nuance, proposée par le philosophe Bruno Latour qui se déclare non pas « relativiste » mais « relationniste »<sup>1</sup> pour cet auteur « la loi n'existe pas indépendamment des humains qui l'ont pensée, vérifiée et transmise ». Ce qui signifie qu'on ne peut pas formuler une vérité indépendamment d'un réseau de relations. On parlait traditionnellement de « sciences dures » ou de sciences exactes, maths, physique, à la manière de matériaux inertes dominés par l'homme et à l'origine de sa technologie. D'un autre côté on parlait de sciences « molles » pour le reste, c'est-à-dire pour les sciences humaines et sociales, les sciences médicales et en fait pour ce qui n'était pas régi par des règles strictes généralisables et reproductibles.

Dans la littérature on peut trouver la même dichotomie entre les classiques et les romantiques. Goethe dans son poème « la libellule » s'émerveille de la diversité des couleurs des ailes de la libellule qui évolue devant lui. L'émotion lui apporte un instant de plaisir en partage avec ce qui l'entoure et l'émerveille. Le jeu de la diversité des couleurs mises en lumière par le mouvement des ailes chargées alternativement des reflets du soleil donne une réalité intense et chatoyante. Et en confiant à son ami Arthur Schopenhauer le soin d'effectuer l'analyse des couleurs, avec toute la rigueur de la décomposition mathématique ou physique la variété des couleurs se réduit alors à un bleu terne plus ou moins uniforme qui fait perdre le charme et le plaisir de la vie. Le savoir savant peut-il exister dans la vie de l'homme indépendamment de l'émotion ?

Cette conception d'une séparation entre deux univers apparaît de plus en plus comme appartenant à un passé dans lequel le cloisonnement entre la raison et l'émotion donnait à l'homme l'illusion de la maîtrise de son environnement. La transformation du naturel ou plutôt du non-humain s'inscrit dans cette recherche de maîtrise par l'homme de « son monde ».



<sup>1</sup> Bruno Latour, Philosophie magazine Mars 2021, « Nos sommes en situation de guerre planétaire »

## Du simple au complexe

Partie de simples observations, mais transmises d'une génération aux suivantes et renforcée par les acquis scientifiques, la technologie a réalisé une croissance exponentielle ; elle répond à la quête incessante de l'homme, que de nombreux auteurs de Spinoza à Sartre ont surnommé « l'être de désir ». L'humain espèce fragile et vulnérable, cherche à démultiplier sa puissance jusqu'à la démesure (« Hybris » ou Hubris pour les grecs) pour survivre dans un environnement hostile.

Cette démesure peut aussi contribuer à la fabrication des posthumains<sup>2</sup> et pour certains auteurs conduire à la disparition de l'espèce humaine<sup>3</sup>.

Les progrès techniques de ces dernières années ont même laissé croire à certains que tout leur était possible jusqu'à une certaine forme d'immortalité ou au transfert de leur cerveau sur un ordinateur pour conserver leur esprit après leur mort.

## De la technique à la technologie

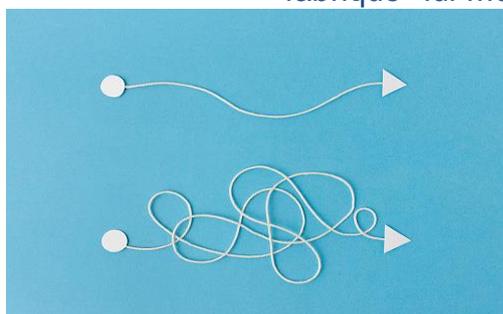
La transmission des pratiques professionnelles dans un premier temps s'est réalisée par voie orale et par répétition des savoirs faire. Chaque observateur relatant avec son propre langage les faits et gestes qu'il avait découverts, colorés par son émotion personnelle. La transmission des faits observés devient alors un récit chargé pour l'essentiel par les imaginaires successifs. A tel point que le récit d'origine s'est parfois

focalisé sur le détail au détriment de l'essentiel. Le passage de la transmission orale à l'écriture constitue souvent une forme de cristallisation, ce qui était véhiculé et complété par les « récitants » (parfois conteurs) a cessé de se transformer pour devenir avec la rédaction une vérité intangible.

Le langage du récit souvent complété par des métaphores, pour que le locuteur fabrique lui-même son imaginaire, tend à disparaître. Le choix du vocabulaire utilisé se réduit à un jargon technique pour ensuite se spécialiser en fonction de chaque instrument.

Derrière l'utilisation de ce langage impersonnel, la part de l'émotion disparaît, et avec elle une partie des savoir-faire nichés dans des « détails » non-dits, qui le plus souvent sont déterminants pour la réussite des opérations et surtout pour leur donner du sens.

Nous sommes passés ainsi de praticiens habiles, innovateurs, soucieux d'affiner sans cesse leur création, qui leur apportait le sentiment fort d'exister au travers de leur art<sup>4</sup>, à des applicateurs de protocoles fondés sur des données statistiques. Ils se trouvent ainsi dépossédés de leur acte technique, ils n'en sont plus « auteur »<sup>5</sup> ni même co-auteur ils deviennent des « agents »<sup>6</sup> dispensateurs d'une technique apprise. C'est le sens de l'histoire actuelle qui privilégie la rapidité, voir même l'immédiateté, le rationnel



<sup>2</sup> Jean-Michel Besnier, Demain les posthumains, Ed. Pluriel, 2012.

<sup>3</sup> Pascal Picq, le nouvel âge de l'humanité, Ed. Allary, 2018.

<sup>4</sup> De certeau Michel, l'invention du quotidien.

<sup>5</sup> Ardoino Jacques

<sup>6</sup> Ja

cques Ardoino, idem.

fondé sur des données statistiques, le commun par rapport à l'individu.

Le niveau actuel de perfectionnement de la technologie nécessite des compétences multiples dont un individu ne peut disposer à lui tout seul. C'est la coopération des savoirs qui permet l'élaboration du produit, c'est aussi l'assistance de l'intelligence artificielle et de la robotisation qui sont déterminantes à sa réalisation. Le produit, du fait de ce mélange de matériaux et de savoirs finit par échapper à son concepteur au point qu'il n'est plus capable de le concevoir à nouveau.



La disparition du concepteur du produit peut même être contingente de la disparition de la mémoire du savoir-faire, y compris dans le cas où les process de fabrication ont été rédigés, car le lien entre les données stockées et l'acquisition de la compétence nécessaire à une nouvelle réalisation passe par l'expérience humaine. (On assiste par exemple à ce phénomène dans le cas des centrales nucléaires où il suffit d'un arrêt prolongé de fabrication pour que l'on ne sache plus les réaliser).

La volonté de posséder chaque chose s'est heurtée à une autre difficulté : la complexité, c'est-à-dire l'interaction d'éléments productrice d'innovations, d'idées, de réactions que ses seuls composants pris séparément n'auraient pas pu engendrer. La simplicité, la linéarité étaient faciles à comprendre pour en élaborer des modèles

applicables autant dans l'univers des matériaux que dans celui des relations humaines<sup>7</sup>, toutefois le modèle mécaniste a montré son utilité mais aussi ses limites pour développer de nouveaux possibles. L'approche de la complexité a été ardue, déjà par la difficulté de comprendre le jeu des interactions mais aussi par la nécessité de travailler en équipe composée de personnalités différentes, susceptibles d'entrechoquer des idées reçues pour en trouver de nouvelles ou pour comprendre ce que la pensée rationnelle ne pouvait pas saisir.

Bien sûr nous pouvons concevoir une forme « hybride » (pris dans le sens de son étymologie latine *ibrida* : sang mêlé.) comportant « en même temps » du « hard » et du « soft » comme le disent les informaticiens. C'est cette modalité que nous rencontrons actuellement le plus souvent car les sciences humaines (ou molles), pour être reconnues comme telles, se devaient de comporter des données statistiques irréfutables pour apporter la preuve de la pertinence de leur discours avec les méthodes scientifiques.

Cependant les statistiques utilisées apportent plutôt des tendances comportementales de groupes, comme en sociologie par exemple ou en psychométrie, alors que l'étude clinique de l'homme est fondée par la rencontre des individus qui introduit une part de subjectivité non réductible au seul aspect numérique.

<sup>7</sup> Par exemple le taylorisme : méthode d'organisation du travail et méthode de management.

## Validité scientifique à durée limitée

Toutefois la science est soumise au jeu de la remise en question. Toute nouvelle découverte peut remplacer une vérité antérieure par la production de nouveaux savoirs et surtout par des méthodologies robustes porteuses de preuves difficiles à contrer. La science n'est pertinente que le temps d'un passage avant sa remise en question, ce qui la conduit à être mouvante. Or, nous avons tendance à accorder à chacune de ses déclinaisons, une validité permanente.

Ce rapport à une durée limitée peut être perturbant lorsque l'on découvre que nos croyances dans des sciences que l'on pensait stables, fondées, se révèlent du jour au lendemain contestées et non valides. Notre univers semble alors se fissurer comme si nous en étions rejetés avec la perte du sentiment d'en être les auteurs.



En médecine la remise en cause du diagnostic ou de la stratégie thérapeutique prend rapidement des accents de gravité, le changement des règles du jeu ou des croyances sont insupportables car ils sont en phase directe avec l'espérance de vie de l'individu.

## Vers un « homo normalis »

Nous assistons depuis une vingtaine d'années dans le domaine de la santé à un renforcement de la tendance « science dure » qui progressivement occupe toute la médecine. Avec les « data » : données recueillies sur des populations très

importantes avec ou sans leur consentement, il y a à présent la possibilité de confronter l'imagerie, les traitements, et l'ensemble des informations personnelles à des bases d'informations permettant de comparer, et de préciser le diagnostic, définir des posologies, choisir des stratégies thérapeutiques. Les praticiens expérimentés ne peuvent pas disposer de telles données quelle que soit la durée de leur expérience et nous pouvons lire des articles annonçant la réduction nécessaire de leurs effectifs au profit de recrutement d'informaticiens et de statisticiens<sup>8</sup>.

L'effet immédiat de l'utilisation de ce nouvel outil c'est la recherche de la « norme » et de ses écarts. Il s'agit d'une modalité statistique qui situe l'individu à l'intérieur d'une multitude de cas. Cependant la « norme » propre à un individu celle par laquelle il est « lui-même » en équilibre pour vivre n'est pas superposable à celle des statistiques. Le praticien par sa rencontre avec la personne doit dépasser la mathématique pour considérer l'équilibre personnel. Il affirme son diagnostic par la prise en compte des outils d'information actuels mais surtout par sa perception globale physique et mentale du patient. En fait dans le temps de la « rencontre » avec le patient, il crée sa propre appréciation au-delà de la seule référence statistique, en prenant le risque de quitter le chemin des procédures et recommandations de bonnes pratiques des autorités sanitaires. Mais combien de temps, et combien de praticiens pourront-ils continuer de « jouer en dehors des clous des protocoles normés ?

<sup>8</sup> Guy Vallancien, Homo artificialis, Ed. Michalon, 2017.

La facilité de s'en remettre exclusivement à des outils validés par des scientifiques reconnus, allège la charge de travail et évite les procédures juridiques d'éventuels recours. Que devient la personne dans ce jeu des normes statistiques ?



Les individus deviennent-ils des produits industriels chez lesquels le moindre défaut les conduirait à la destruction. Ce qui peut apparaître excessif n'a-t-il déjà pas été expérimenté plusieurs fois (avec les eugénistes entre autres) ?

Nous parlons d'une époque où la médecine était considérée comme un art où l'interaction du savoir et de l'expérience s'associaient à une relation singulière de prendre soin d'une personne malade. Il semblerait que la technologie par ses progrès ait modifié ce rapport singulier au profit d'une approche plus « industrielle » dans laquelle l'humain perd sa place face à une technologie qui est en passe de le dépasser.

Le développement des sciences a contribué progressivement à réduire la part de la « fantaisie » au profit d'une rationalité. Les savants ont travaillé à apporter les preuves de leurs affirmations par l'élaboration de méthodes rigoureuses. Les instruments de précision ont apporté le support indispensable à des calculs de plus en plus complexes. La technologie élaborée par l'homme a atteint de tels niveaux de complexité qu'une équipe multidisciplinaire

est devenue indispensable à sa construction et à son utilisation. Les produits de cette robotique et de cette « intelligence » artificielle dépassent les capacités de stockage en mémoire et surtout de rapidité de connexion des données du cerveau humain. L'homme se trouve ainsi devenu dépendant de la technologie qu'il a construite pour sa sécurité et sa liberté.

Cette accélération technologique concerne tous les domaines et bien-sûr, ceux des sciences qui en sont « les sages-femmes ». Il en est ainsi des sciences de l'ingénieur comme des sciences humaines, chaque domaine a incorporé la raison, la rigueur, la preuve opposable à l'intuition.

Toutefois il existe un écart qu'il est difficile de combler entre la science « dure » et la vie humaine. C'est dans cet intervalle que la santé se trouve tiraillée entre technologie et humain. D'une part, la reproductibilité nécessaire à l'établissement de la preuve est faussée par la singularité de chaque homme. D'autre part l'accumulation de données statistiques constitue une voie aisée pour établir des diagnostics et des stratégies thérapeutiques. Plus on applique la norme plus on relègue l'approche de l'individu, et l'on tend surtout à privilégier la technologie et ses instruments statistiques au mépris de la relation humaine qui est la pierre angulaire de la démarche médicale.

Cet écart entre statistiques, technologies en thérapie est encore plus flagrant lorsque la posologie du soin est à l'appréciation du praticien, plus il existe une relation praticien-dépendante plus le sensible prend la place du calcul informatique.

9 Avril 2021 *Philippe Stévenin*

## Microscope

dossiers au cœur du métier

### Le CNKS, association Loi 1901, fête cette année ses 25 ans d'existence.

Depuis sa création issue de l'union de l'ANKS et du SNKS, il s'efforce - au travers de réflexions, groupes de travail, productions d'articles, d'études et d'enquêtes, présentées annuellement aux JNKS - de valoriser, de défendre et promouvoir, rendre plus attractif et fidéliser l'exercice salarié des MKs. C'est le cadre global de sa proposition «curriculaire de carrière» que le CNKS souhaite inscrire dans une Stratégie Nationale de Réadaptation et de Professions Alliées ... c'est-à-dire une progression possible « tout au long de la vie » !

Le prochain CA du CNKS au cours du mois d'avril se prononcera sur le devenir des travaux (enquêtes, articles....) en cours du GT « Accueil Stagiaire », du GT « MK en Pratique Avancée », et du nouveau GT « Activités et Pratiques Professionnelles, Organisation et Conditions de Travail » initié en mars de cette année. ...**Enquête(s) à venir dans les prochaines semaines..... !**

Les MKs salariés sont nombreux à penser voire à exprimer, sur les réseaux sociaux entre autres, un malaise de leur quotidien et de leur sentiment de ne pas être pris en considération ... dans de nombreux cénacles.

Aux fins de répondre au plus près des préoccupations des mks salariés de tous types d'établissements la nouvelle équipe (2019-2023) que KINESCOPE vous présente au fil de ses numéros a, entre autres ambitions, au cours de son mandat :

- la rénovation de son site [www.cnks.org](http://www.cnks.org) (en cours prévue pour juin 2021)
- la refondation et redéfinition opérationnelle de son projet associatif dont la représentation associative territoriale du métier de MK salarié, de la participation des mks salariés aux réflexions, et orientations de cette action de promotion.

C'est aussi dans ce cadre que le CNKS a initié ces moments de rencontre et de partages dénommés STKS (Soirées Thématiques Kinésithérapie Salariée) ; des soirées sous format visio-conférence qui rencontrent un succès croissant ;

et c'est l'occasion dès la page suivante d'évoquer la dernière qui traitait d'ETHIQUE et/en READAPTATION



## Retour sur STKS2 (18 mars 2021) « ETHIQUE et/en READAPTATION »

La situation de handicap, la douleur, la souffrance la fin de la vie, les situations sanitaires exceptionnelles ... autant de sujets qui nous confrontent à nos valeurs pour prendre des décisions inédites et contingentes. Autant de situations où la **morale** et la **déontologie** sont confrontées à l'**éthique**, cette sagesse pratique, cette "visée" éthique qui selon Paul Ricœur est "Une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes". Décisions aux conséquences émotionnelles fortes ... mais aussi décisions liées à nos émotions. Cette STKS2 animée par Andrée Gibelin a permis en introduction la présentation entre autre, par Pierre Henri Haller, de ces premiers résultats illustrant la délicatesse du sujet de l'éthique.

Invitation et annonce de pré-enquête « ETHIQUE et/en READAPTATION » ont été diffusées par mail du 03/03/2021 au 17/03/2021 auprès des 537 correspondants générant 76 inscriptions à la soirée et 159 répondants à la pré-enquête : 110 femmes (69,18 %) & 49 hommes (30,82 %).

### Age des répondants

18/29 : 13,04 % ; 30/39 : 24,22 % ; 40/49 : 27,33 % ; 50/60 : 24,22 % ; + de 60 ans : 11,18 %

### Fonctions

MKs : 56,88 %, CDS MK : 26,25 %, CSS MK : 04,38 % DS MK : 01,25 % Autres : 11,25 %

### Type d'établissements

CHU : 37,50 % ; CH : 23,12 % ; EMS : 3,75 % ; SSR PUBLIC : 6,88 % ; SSR PBNL : 15,63 % ; SSR PBL : 5,00 %



### Ethique ... sujet de préoccupation ?

Jamais 1,97 % Rarement 19,08 % Souvent 36,84 % Toujours 42,11 %

### Pratiques Professionnelles sujette à réflexion éthique ?

Jamais 5,6 % Rarement 23,03 % Souvent 41,45 % Toujours 30,26 %

### Ethique & Morale c'est :

Très difficile 2,14 % Difficile 55,71 % Aisé 36,43 % Très aisé 5,71 %

### Ethique & Valeurs c'est :

Très difficile 2,16 % Difficile 39,57 % Aisé 51,08 % Très aisé 7,19 %

### Ethique & Déontologie c'est :

Très difficile 2,88 % Difficile 43,88 % Aisé 44,60 % Très aisé 8,63 %

### Ethique en santé c'est :

Totalement inaccessible 0 % Difficilement accessible 47,14 %  
facilement accessible 40 % Très facilement accessible 12,86 %

### Ethique en santé est

utile 5,00 % nécessaire 22,14 % indispensable 72,86 %



Aurore W. orthophoniste dans un CHU, Anne P. Kinésithérapeute FF cadre de santé dans un CHU, Marion G. Kinésithérapeute en soins palliatifs dans un CHU, et Enora LC. étudiante Kinésithérapeute ont rapporté des situations cliniques qui les ont interpellées. Des témoignages à partir desquels le Dr Pierre Le COZ a pu préciser les fondamentaux de l'éthique en santé. Des témoignages et interventions à retrouver sur [www.cnks.org](http://www.cnks.org)

**Aurore W. orthophoniste en court séjour gériatrique**, rapporte une situation d'**évaluation** des possibilités de **déglutition** d'une patiente étrangère de 87 ans, atteinte d'une maladie de Parkinson évoluée : pneumopathie d'inhalation à répétition, altération importante de l'état bucco-dentaire et de la motricité bucco- faciale. Dans un contexte difficile de traduction par la famille et après plusieurs essais infructueux Aurore estime « *qu'il y a une forte présomption que les conseils de sécurité et d'adaptation, même seulement posturaux, lors des repas, ne seront pas appliqués par la famille* ». **Qu'aurait-il fallu faire ??? Comment mesurer l'acceptabilité du risque d'inapplication des consignes ?... Comment s'assurer donc du consentement libre et éclairé ?** s'interroge Aurore.

**Anne P. MK en pédiatrie** prend en charge une adolescente de 15 ans qui vient d'Algérie avec un diagnostic de tuberculose osseuse qui s'avère être un lymphome de Burkitt . Elle marche difficilement et une récurrence de paralysie totale des membres inférieurs fait

craindre qu'elle ne remarque jamais. « *A moins que..., à moins que le médecin se soit trompé.* » suggère Anne ! « *El là son regard a changé... Je pense que à ce moment-là il y a eu comme un pacte entre nous, un engagement, une alliance. Nous avons mis toute notre énergie dans cette rééducation, dans ses jambes* »; La patiente a commencé à progresser ...L'histoire se termine plutôt bien : l'ado est partie en centre de rééducation... Et « *Aujourd'hui elle marche sans aucun appareillage. C'est une prise en charge qui m'a marqué. Je sais que ce n'est pas très pro de dire qu'un médecin à tort, et de l'utiliser comme cela* » conclut Anne.

**Marion G. MK en Soins palliatifs** ...facilite les mobilisations et surveille les capacités respiratoires d'un patient de 48 ans, ancien rugbyman atteint d'une SLA bulbaire ... Il a écrit ses directives anticipées (DA) avec le souhait de mourir à l'hôpital ... mais avant de participer à une rencontre sportive organisée en son honneur par son club et être présent pour le BAC de sa fille... A J12, « *le patient est*

*sur le terrain, entouré de ses proches, il réalise son projet de vie à court terme* ». Une dégradation respiratoire deux jours plus tard l'emporte dans le respect de ses DA... « **difficile de trouver un équilibre entre technicité et soin relationnel...vives discussions en équipe au vue de l'investissement technique et humain** » rapporte Marion.

**Enora LC étudiante MK** est confrontée lors d'une prise en charge d'un patient TC, spastique, violent avec le personnel et lui-même, aux propos de son tuteur qui face au patient assène des remarques « *il aurait mieux fait de mourir si c'est pour finir dans cet état-là! sa femme vient encore le voir, je sais pas comment elle a le courage, elle partira vite...!* ». Des remarques qui heurtent les principes et valeurs d'Enora et s'apparentent pour elle à de la maltraitance...« *Que le tuteur le pense, soit, il en est libre, mais qu'il me le dise face au patient, sous prétexte qu'il est trop shooté ou qu'il n'aurait pas les capacités cognitives de le comprendre, non ! Pourtant, je n'ai rien osé dire, ou faire. Pourquoi ?* » se demande-t-elle encore.

## Praticoscope

expérientiels au cœur du métier

### PROTOCOLE de COOPERATION ?

Le concept même de coopération et celui de l'interprofessionnel sont consubstantiels - partie intégrante de l'ADN - du CNKS.



**KINESCOPE a sollicité l'éclairage de Jacques Bergeau \* pour faire le point sur ce(s) dispositif(s) et leurs différents rouages.**

### Professionnels de santé : coopérez !

Le Journal officiel du 3 mars 2021 publie pas moins de quinze arrêtés autorisant le déploiement national de protocoles de coopération entre professionnels de santé, jusqu'alors expérimentaux. La plupart des délégations d'actes se font au profit des infirmiers, mais quelques-unes concernent aussi les orthoptistes ou les manipulateurs d'électroradiologie médicale. Selon les cas, ces protocoles concernent l'exercice libéral ou l'hôpital, mais aussi les centres de santé.

L'occasion de faire un point sur ce dispositif apparu en 2009, sa place et son évolution dans les politiques de santé.

Pour comprendre l'utilité du protocole de coopération en tant outil de coordination, il est utile de revenir à la notion de **parcours de santé, de soins**

**et de vie**, une approche globale au plus près des patients (Ministère de la santé).

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 pose la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours pour les patients. Il s'agit de cesser de raisonner par secteur : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux... Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution majeure de notre système de santé pour réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social. En clair, faire émerger les « soins primaires » et accompagner le « virage ambulatoire » nécessaire à une meilleure gradation des prises en charge.

Concrètement, cela suppose **l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et**

**sociaux**, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé... Ainsi que la prise en compte, pour chaque patient, de facteurs déterminants comme l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Le raisonnement en parcours doit permettre aux Français de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment ». Cela, en bénéficiant d'un égal accès à la santé, de prises en charge lisibles, accessibles, complètes et de qualité, ainsi que d'une organisation sanitaire et sociale rationalisée et plus efficiente. Et surtout, satisfaire à la demande des patients et de leurs proches en faisant évoluer les soins et les services. En effet, la médecine de parcours amène à un changement de paradigme profond : l'adaptation de la prise en charge, des relations entre professionnels, des structures et des moyens autour des malades, de leur entourage et de leurs besoins... et non l'inverse. En effet, les

parcours sont une révolution, qui place les patients au centre de la prise en charge. Ce ne sont plus eux qui doivent s'adapter au système de santé – organisations ou structures – mais au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins.

Ainsi, construire des parcours pour les patients dans un contexte de ressources contraintes – y compris humaines – incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation, aussi bien en secteur hospitalier qu'ambulatoire. Ces nouvelles pratiques se rencontrent essentiellement dans le suivi de maladies chroniques et, de plus en plus, dans le cadre de consultations ou d'actes techniques.

Dans ce cadre, l'enjeu de la démarche de **coopération entre professionnels de santé** est d'optimiser les parcours, et d'apporter ainsi une réponse aux attentes :

- des patients, en leur facilitant l'accès aux soins par un élargissement de l'offre de soins ;
- des professionnels, en leur permettant de se centrer sur les activités où leur plus-value est la plus

grande et de faciliter les évolutions des métiers de la santé.

Pour coopérer, il faut un protocole ! Le dispositif des protocoles de coopération a été renové et simplifié en 2019. Ainsi, les protocoles de coopération sont à la portée de tous les professionnels de santé qui font le choix de travailler en équipe.

## Qu'est-ce qu'un protocole de coopération ?

Initiés par l'article 51 de la loi HPST de 2009, les protocoles de coopération consistent à mettre en place localement, à titre dérogatoire, de nouvelles formes d'exercice. Les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient. Les délégations d'exercice portent sur la réalisation d'actes ou activités à visée préventive,

diagnostique ou thérapeutique.

Par ailleurs, le protocole de coopération précise les formations nécessaires à sa mise en œuvre et le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre du protocole.

Afin de permettre l'adhésion des professionnels à cet outil de coordination, le dispositif de protocoles de coopération a été simplifié et rénové par l'article 66 de la loi OTSS de 2019 : les protocoles de coopération nationaux ont vocation à être déployés sur tout le territoire et sont autorisés par arrêté ministériel.

Au final, les protocoles de coopération permettent de définir la démarche de coopération entre les professionnels de santé et de cadrer les actes dérogatoires entre professionnels de santé délégrant et délégué, et de comprendre qui fait quoi, quand, comment, où et pourquoi.

### Quels professionnels sont concernés ?

Il s'agit des professionnels de santé répertoriés dans l'article

L.4011-1 du code de la santé publique :

- médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes (professions médicales) ;
- pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (professions de la pharmacie et de la physique médicale) ;
- auxiliaires médicaux en pratique avancée, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, assistants dentaires (auxiliaires médicaux) et conseillers en génétique.

### Quelles associations de professionnels sont possibles ?

Toutes les combinaisons entre professionnels de santé délégrant et délégué, dans la limite de la liste citée ci-dessus, sont envisageables : par exemple

médecin/infirmier, médecin/masseur-kinésithérapeute, médecin/pharmacien, etc.

La coopération entre professionnels de santé est possible quel que soit le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte) et le cadre d'exercice (établissements de santé, maisons de santé, pôles de santé, réseaux de santé, centres de santé, cabinets médicaux, EHPAD, HAD, SSIAD, etc...).

### Qui rédige le protocole de coopération ? avec quelles exigences de qualité et de sécurité ?

Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé.

Ces protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre.

Les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération sont définies par le décret n° 2019-1482 du 27 décembre 2019. Les dispositions suivantes sont applicables depuis le 30 décembre 2019.

Un protocole de coopération doit :

1° Respecter les recommandations de bonnes pratiques élaborées ou validées par la Haute Autorité de santé ;

2° Définir les conditions de qualité et de sécurité relatives à l'objet du protocole, en ce qui concerne :

**a)** La nouvelle modalité d'intervention en détaillant les actes et activités dérogatoires et non dérogatoires qui la constituent ;

**b)** Les critères d'éligibilité et de retrait des patients concernés ;

**c)** La qualification professionnelle et, le cas échéant, la spécialité du ou des professionnels délégants et celles du ou des professionnels recevant délégation, dits délégués ;

3° Énoncer les conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises de la part du ou des professionnels délégués en rapport avec les actes et activités délégués ;

4° Définir les conditions de qualité et de sécurité du processus de prise en charge des patients relatives :

**a)** Aux modalités de leur inclusion dans le protocole et aux différentes étapes de l'intervention des professionnels de santé, au moyen d'arbres de décision associant une action à chaque situation identifiée, sans que les professionnels délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole ;

**b)** A la prise en compte de cette nouvelle modalité de prise en charge dans le parcours de soins du patient et aux modalités de transmission des informations à l'ensemble des intervenants concernés, afin d'assurer la continuité des soins ;

**c)** Aux situations justifiant la réorientation du patient vers le professionnel délégant et aux délais de mise en œuvre ;

5° Définir les modalités d'information du patient et de partage des données de santé dans un cadre sécurisé dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 ;

6° Déterminer les conditions d'organisation de l'équipe en ce qui concerne :

**a)** La disponibilité du ou des professionnels délégants à l'égard du ou des professionnels délégués et la disponibilité d'un nombre suffisant de délégants et de délégués en rapport avec l'effectif des patients pris en charge ;

**b)** La démarche de gestion des risques prévoyant l'identification et l'analyse des risques liés à l'application des différentes étapes du protocole et l'analyse et le traitement en équipe des événements indésirables ;

**c)** La déclaration par les professionnels de santé de leur engagement dans la démarche de coopération régie par le protocole auprès de leurs compagnies d'assurance de responsabilité civile professionnelle respectives ou auprès des établissements de santé dont ils relèvent, ou, dans le cas des professionnels du service de santé des armées, auprès de ce dernier.

## Un protocole pour quel périmètre ?

Des professionnels de santé exerçant en établissement de santé public ou privé ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des **protocoles locaux de coopération**, sur décision du directeur de l'établissement et, dans les établissements publics de santé, après avis conforme de la commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, de la commission médicale de groupement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Dans les établissements de santé privés, l'avis conforme est rendu par les instances mentionnées aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1.

Ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire promoteur. La mise en œuvre de ces protocoles est déclarée auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente, qui informe la Haute autorité de santé et le comité national des coopérations interprofessionnelles.

Les protocoles locaux doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et de sécurité susmentionnées.

A la demande d'un ou de plusieurs établissements de santé ou à son initiative, le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national. Ainsi les **protocoles de coopération nationaux** ont vocation à être déployés au niveau national et sont autorisés par arrêté ministériel.

En pratique, le comité national identifie et priorise en tenant compte des besoins nationaux de santé et de l'accès aux soins le déploiement de nouveaux modes d'intervention auprès du patient ou de transferts d'activités, d'actes de soins ou de prévention entre professionnels de santé d'intérêt national, susceptibles de faire l'objet d'un protocole national.

En vue de l'élaboration d'un protocole national, le comité publie un appel à manifestation d'intérêt qui

précise les éléments utiles à la rédaction et au modèle économique de celui-ci. Cet appel à manifestation d'intérêt est accessible sur une application en ligne dédiée du [site internet du ministère chargé de la santé](#).

Le comité national sélectionne une ou plusieurs équipes candidates. Il apporte son appui à l'équipe de rédaction mentionnée au III de l'article L. 4011-3 pour l'élaboration collégiale du protocole national et de son modèle économique.

Le comité national transmet le projet de protocole national à la Haute Autorité de santé. Au regard de l'avis de celle-ci, le comité national peut proposer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'autoriser ce protocole. Il rend également son avis sur le financement de ce protocole par l'assurance maladie.

## Comment déclarer la mise en œuvre d'un protocole national ?

Les structures d'emploi ou d'exercice déclarent la mise en œuvre d'un protocole national autorisé auprès de l'agence régionale de santé

via une application en ligne dédiée du site internet du ministère chargé de la santé et déposent, pour chaque membre de l'équipe volontaire, les pièces justificatives suivantes :

- a) Accord d'engagement daté et signé ;
- b) Copie d'une pièce d'identité ;
- c) Numéro d'enregistrement au tableau ordinal ou fichier professionnel spécifique et son justificatif ;
- d) Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole national.

La structure d'emploi ou d'exercice signale toute modification relative aux membres de l'équipe engagée dans la mise en œuvre du protocole et fournit à la demande de l'agence régionale de santé les documents attestant de la régularité de cette mise en œuvre.

## Et maintenant ?

Force est de constater que la plupart des protocoles nationaux de coopération publiés à ce jour concernent les médecins (« déléguant » le plus souvent) et les infirmiers

(« délégué » le plus souvent). Pourtant, les textes législatifs et règlementaires permettent aujourd'hui de développer largement cet outil de coordination entre les professionnels de santé, en parallèle de la pratique avancée (des infirmiers pour l'instant).

Pour rappel, le dernier KINESCOPE la lettre & l'esprit du CNKS (n°10 - 2021/03/03) évoque la prime de coopération.

Et vous, quel est votre projet de coopération interprofessionnelle ?

**Jacques Bergeau**

(\*) Past MK DE  
CDS MK formateur IFMK  
Directeur d'IFM, Directeur d'IFCS  
Conseiller Pédagogique ARS Centre

## Mini lexique de la coopération (HAS, 2010)

### Acte de soins

*Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents.*

### Compétence

*Dans tous les cas le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience en situation). La compétence renvoie à une personne et donc ne se délègue pas.*

### Dérogation

*La dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel.*

### Déléguant

Est le professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel de santé.

### Délégué

Est le professionnel de santé qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant.

### Transfert

Action de déplacer l'acte de soins, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité y compris en termes de responsabilité, à une profession autre. Le transfert signifie que les professionnels qui réalisent l'activité sont responsables, autonomes (dans la décision et la réalisation), compétents et qualifiés.

Source : [Guide méthodologique n°2 « Élaboration d'un protocole de coopération » HAS 2010](#)

### Textes de référence

Article 66 de la Loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019

Articles L4011-1, L4011-2, L4011-3 et L4011-4 du code de la santé publique

Articles R4011-1, D4011-2, D4011-3 et D4011-4 du code de la santé publique

Décret n° 2020-148 du 21 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux prévus à l'article L. 4011-3 et à leur application au service de santé des armées

Décret n° 2019-1482 du 27 décembre 2019 relatif aux exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé

Décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération

Arrêté du 6 septembre 2019 fixant le montant de la prime de coopération instituée par le décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération

### Références

Dossier documentaire « Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination ». EHESP, décembre 2020

Lexique des parcours de A à Z « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers ». ARS, janvier 2016

### Protocoles nationaux impliquant les masseurs-kinésithérapeutes

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-

kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

### Avis de la Haute autorité de santé concernant les masseurs-kinésithérapeutes

Avis n° 2021.0003/AC/SBP du 21 janvier 2021 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Adaptation de l'oxygénothérapie d'effort dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire en ambulatoire pour des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sans comorbidités significatives »

Avis n° 2020.0003/AC/SA3P du 29 janvier 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire par le masseur-kinésithérapeute »

Avis n° 2020.0004/AC/SA3P du 29 janvier 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute »

Avis n° 2012.0043/AC/SEVAM du 8 novembre 2012 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Prise en charge en premier recours par un kinésithérapeute, des nourrissons présentant un encombrement respiratoire en lieu et place d'un médecin »

## Praticoscope

expérientiels au cœur du métier

### LE RAPPORT D'ETONNEMENT EN STAGE : UN OUTIL DE STRATEGIE & PEDAGOGIQUE ?

Sujet très en lien avec la préoccupation du CNKS relative à l'importance de l'accueil et de l'accompagnement du stagiaire...déterminants non négligeables du choix du futur mode d'exercice ?

Marie-Claire Sintès, cadre formatrice IFMK-CHU de Toulouse, nous retrace ce dispositif et son analyse.

Démarrer de nouvelles études implique pour l'étudiant d'avoir des représentations préconçues sur sa future profession. D'ailleurs celles-ci ont souvent influencé la détermination de son choix d'orientation vers son futur métier de professionnel de santé.

Depuis la réforme du référentiel des études de masso-kinésithérapie de 2015, il est demandé chaque année aux étudiants de 1<sup>ère</sup> année de réaliser un rapport d'étonnement à l'issue de leur stage N°2 de fin d'année d'une durée de 4 semaines.

Les formateurs ont dès lors à leur disposition un outil pédagogique intéressant à exploiter pour mieux connaître le degré d'implication des étudiants de première année en leurs études de masso-kinésithérapie.

Ce rapport d'étonnement est un document rédigé par un étudiant nouveau dans la filière paramédicale choisie pour ses études. Dans celui-ci, il exprime ce qui l'étonne en pratiques de stage par rapport à ce qu'il a appris pendant sa première année de formation en IFMK.

Les consignes peuvent être particulière à l'institut de formation auxquels ils appartiennent. A l'IFMK de Toulouse, nous proposons aux étudiants de bâtir leur rapport au choix autour de l'une des 3 thématiques suivantes :

- Relater un bilan ou une technique de traitement kinésithérapique vu lors de l'immersion en stage clinique et le(a) comparer avec le TP qui s'y réfère réalisé à l'IFMK ;
- Relater la compréhension de la réalisation d'un test spécifique

observé en stage et le comparer à celui déjà expérimenté en TP ;

- Relater un étonnement en lien avec la communication ou un aspect relationnel observé et mis en place avec les patients suivis en stage à relier avec les cours de communication, sur la relation thérapeutique, de psychologie, d'éthique et autres de la première année.

Ce rapport d'étonnement comprend : une introduction présentant le lieu du stage clinique en respectant l'anonymat, un développement sur la thématique retenue et une conclusion abordant les divers apports du stage sur le plan personnel mais aussi sur celui de l'étape de la professionnalisation.



Les illustrations sont laissées libres : iconographie, article de référence, illustration, extrait d'une recommandation etc...

Sa restitution est demandée sous la forme de 2 pages en plus de la page de garde concernant le titre et les coordonnées de l'étudiant pour mettre en valeur l'esprit de concision de l'étudiant.

Les consignes de rédaction intègrent les dernières recommandations en vigueur des normes APA.

## Pourquoi réaliser un rapport d'étonnement du stage ?

Demander à l'étudiant un retour sur le vécu de situations nouvelles de soins, c'est le faire tout d'abord partager ses remarques sur les différences observées entre les acquis des multiples théories et pratiques des actes de kinésithérapie apprises en IFMK. Puis c'est l'inciter à trouver des éléments d'analyse personnels sur un fonctionnement nouveau et une application de théories et de pratiques auprès de typologies de patients variés peu encore abordées en première année d'études.

Mais se pose à l'étudiant la question du choix : que relater parmi la multitude des observations en stage ? Comme Sherlock Holmes, il mène son enquête et choisi pour être objectif de rapporter ce qui, pour lui, a montré le plus grand écart avec ses acquis de la première année. Ce questionnement sur la situation vécue suscite aussi de l'émotion et mettre par écrit ce vécu aide l'étudiant à se structurer. Les questions qu'il s'est posé l'amèneront à rechercher des solutions soit en interpellant son tuteur de stage soit au retour avec ses formateurs. Selon Schön, (1983), le professionnel réflexif est celui qui sait dialoguer avec les situations de sa pratique.

Le formateur a ainsi à sa disposition un outil pédagogique à exploiter sur la réflexivité des étudiants. Il peut suivre dès lors l'évolution du processus cognitif de l'étudiant pour mettre en place les prémices du raisonnement clinique indispensable à l'établissement du diagnostic kinésithérapique.

Le challenge est assez complexe pour l'étudiant car au final c'est une observation critique en utilisant la métacognition qui lui est demandée pour apprécier sa capacité d'analyse et de recul sur ses apprentissages. Par un regard systémique posé sur sa formation clinique, des liens de compréhension et surtout d'assimilation des connaissances se mettent en place sans la contrainte d'une évaluation.

Conclusion :

L'étudiant accorde souvent peu d'importance à ce rapport de stage car il n'entrevoit pas toute son utilité. Le retour du formateur est essentiel pour favoriser sa réflexivité et l'amener à se questionner sans cesse sur ses pratiques. Devenir objectif, c'est aussi être acteur de son parcours d'apprentissage. Se poser les bonnes questions, émettre des hypothèses, entrevoir des solutions et proposer une démarche de soins est un premier niveau de maîtrise de l'apprentissage de sa posture professionnelle.

Le formateur n'est-il pas aussi parfois lui-même étonné de la justesse d'analyse du regard critique posé par l'étudiant ? C'est peut-être aussi une forme de cheminement du formateur de sa position interrelationnelle dans le compagnonnage réflexif (Charlier et Biémar, 2012). La réflexion partagée invite aussi le formateur à construire personnellement ses savoirs d'expérience (Altet, 2000).

Marie Claire SINTES

## Références bibliographiques :

- Altet, M. (2000). Les dispositifs d'analyse des pratiques pédagogiques en formation d'enseignants: une démarche d'articulation pratique-théorie-pratique. In C.
- Blanchard-Laville et D. Fablet (coord.), L'analyse des pratiques professionnelles (p. 15-34). Paris: L'Harmattan.
- Charlier, E. et Biémar, S. (2012). Accompagner un agir professionnel en construction. Bruxelles: De Boeck.
- Paul, M. (2004). L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique. Paris: L'Harmattan.
- Tardif, M. Borges, C. et Malo, A. (2012). Le virage réflexif en éducation. Bruxelles: De Boeck.
- Schön, D.A. (1983). The Reflexive Practitioner. New York: Basic Books.
- Schön, D.A. (1994). Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal: Les Éditions Logiques.

### Pour le CNKS

le stage - chaque période de stage – est un **moment essentiel** qui, au-delà de la confrontation théorie / pratique, doit impérativement être appréhendé tant par l'étudiant, les formateurs, que par les **tuteurs et encadrants**

comme un temps de **socialisation professionnelle** par un fin maillage entre le tutorat, le **mentorat** et le **contrat** qui méritent d'être explicites lors de la construction du parcours du/des stage(s).

## Macroscopie

### Stratégie Nationale de Réadaptation & Professions Alliées

Vous avez dit Stratégie Nationale de Réadaptation & Professions Alliées ? Pour nourrir cette perspective, attendue par plusieurs organisations professionnelles, il est important de (re)faire l'état des lieux ...



Et ce mois-ci, faisant suite à son interview croisée avec Pierre Henri Haller dans KINESCOPE n°10, Jean-Pascal Devailly, médecin MPR, président du SYFMER, nous fait part de son point de vue sur l'évolution et sur le financement des SSR dans article qu'il intitule « A la recherche de la valeur perdue » dont « L'impossible gestion du couple cout-valeur en SSR » et « un bref historique de l'organisation et du financement des SSR ». Une vision qu'il est utile, nécessaire voire indispensable de connaître...et de faire connaître à tous les acteurs de la Réadaptation.

## Réformes des SSR : à la recherche de la valeur perdue

Au carrefour des parcours de santé des personnes confrontées à des limitations de fonctionnement temporaires ou définitives, les SSR sont toujours en quête de réformes abouties de leur organisation et de leur financement. Pourtant ils restent avant tout à la recherche d'un modèle de valeur. Que produit-on en SSR ? Quel est la valeur de ce que l'on y produit ? Nous tentons de monter ici que l'absence de modèle partagé de la valeur est la cause de ce qu'il faut bien qualifier d'impasse des réformes des SSR.

Les attributs ou fonctionnalités de la valeur des soins de santé sont multiples. Elles peuvent se résumer ainsi, dans l'exemple du cadre de résultats du NHS britannique :

- ne pas mourir prématurément,
- bénéficier de soins au long cours si nécessaire, pour améliorer la qualité de vie,
- récupérer ou préserver un niveau de fonctionnement optimal
- avoir une expérience positive des prestations et des soignants
- bénéficier de traitements et de soins dans un environnement sécurisé et éviter les pertes de chances.

**Les prestations de SSR combinent à des degrés variables trois fonctions reposant sur des compétences**, une technicité et des comportements de coûts radicalement différents, bien qu'elles soient **combinées à des degrés variables selon les prestations** : poursuivre les soins curatifs en raccourcissant les séjours aigus, dispenser des soins de réadaptation spécialisés et

assurer une transition avec un lieu de vie quand des soins au long cours et un accompagnement sont nécessaires.

Si cette absence de spécification des moyens séjours devenus SSR n'a pas empêché la construction historique de la différenciation des activités, cette confusion française d'un secteur qui représente 25% des lits hospitaliers n'est plus tenable. L'absence persistante de lien entre profils de besoins, autorisation et financement repose sur quatre facteurs qui constituent un cercle vicieux aboutissant à la production de situations de handicap qu'on aurait pu éviter (figure 1).

1/ **La pression sur les lits aigus** : réduction du capacitaire et T2A. D'après les données de la Banque mondiale et de l'OCDE le nombre de lits d'hôpital en France est passé de plus de 600 000 lits (11,1 lits pour 1000 habitants) en 1980 à moins de 400 000 (5,91 lits pour 1000 habitants en 2018). Le virage ambulatoire n'est cependant pas au rendez-vous, avec des déserts médicaux croissants et des restes à charge induisant le renoncement aux soins, surtout en ambulatoire et en médico-social. « L'hôpital est devenu le généraliste des pauvres » (Jean de Kervasdoué) et le virage ambulatoire est largement incantatoire (Pierre-Louis Bras).

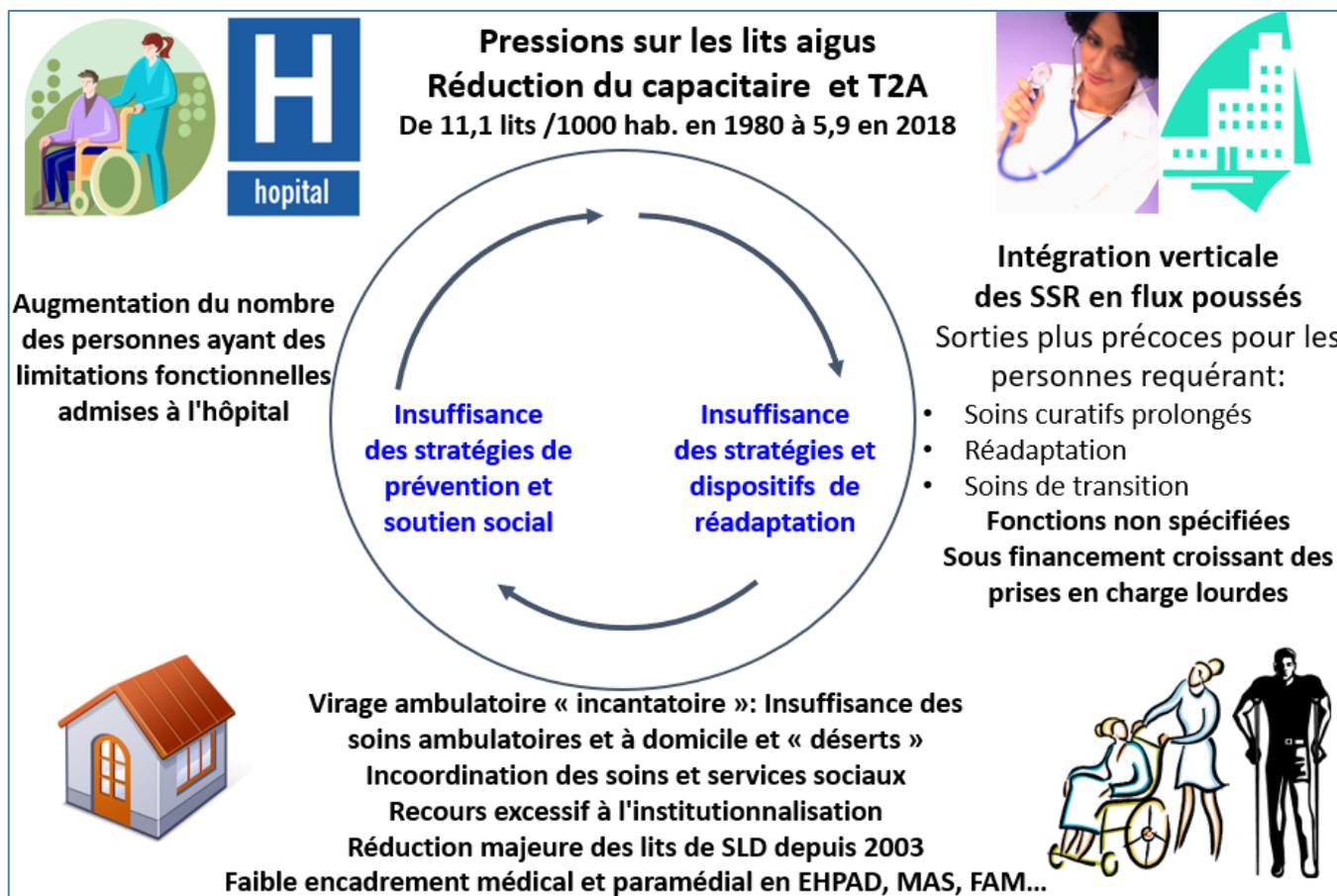
" Nous avons  
mis en marche l'immobilisme  
et rien ne semble pouvoir l'arrêter "  
Edgar Faure

2/ Le second facteur est l'absence de modèle économique l'absence de financement d'activités homogènes. L'absence de lien coût valeur en d'autres termes de lien autorisation financement engendre des tensions croissantes sur les effectifs. Elle impacte les prises en charge à forte densité, qu'il s'agisse de soins curatifs, de réadaptation ou de soins prolongés pour des patients lourdement handicapés. Le nombre de lits de soins de suite et réadaptation est resté stable. Son niveau actuel est légèrement supérieur à celui de 1980. Entre 2003 et 2018 l'accroissement de fait essentiellement en secteur privé à but lucratif (12000 / 14000 lits).

3/ Le troisième facteur est la suppression de la fonction d'hébergement des hôpitaux et l'incoordination des soins et services sociaux de retour dans un lieu de vie approprié.

Le nombre de lits de longue durée, réservés aux personnes n'ayant plus leur autonomie, n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2001 reflétant une demande croissante d'hébergement des personnes âgées.

Il connaît depuis une diminution encore plus rapide : à partir de cette date, un certain nombre de lits de soins de longue durée (SLD) est transformé en lits d'EHPAD.



Les lits transférés relèvent alors désormais d'établissements médico-sociaux et non plus sanitaires.

L'encadrement médical et paramédical ne permet pas de répondre aux besoins de soins de forte intensité.

Par ailleurs, les délais de traitement des dossiers d'orientation et de prestations de compensation du handicap sont incompatibles avec la fluidité de la sortie des SSR

**4/En ville et dans les lieux de vie, l'insuffisance des stratégies de prévention, de réadaptation et de coordination des parcours de santé complexe augmente les recours à l'hospitalisation**

## L'impossible gestion du couple cout-valeur en SSR

Depuis les travaux de **Robert Fetter** à l'université de Yale qui remontent presque à un demi-siècle, la recherche d'une classification à visée tarifaire repose sur la définition d'une **fonction de production de l'hôpital** sous forme de **groupes homogènes de patients**.

En 2012, le rapport de la Cour des comptes sur les SSR fait le diagnostic que **les SSR n'ont jamais pu préciser leurs fonctions de productions spécifiques** et que tant que cela ne sera pas fait, il sera impossible de proposer une classification au séjour véritablement consistante.

« Le secteur des soins de suite et de réadaptation n'est pas encore au bout de son processus de spécification : il vient en grande part d'un ensemble indifférencié, le « moyen séjour » et n'en est pas encore complètement sorti, malgré l'effort réglementaire de 2008. (...) »

Pour autant, les patients continuent à subir blocages, délais et orientations inadéquates dans leur entrée en SSR comme pour leur sortie. (...) »

Sans ce meilleur fonctionnement global, la mise en œuvre d'une tarification à l'activité, qui suppose en tout état de cause d'importants arbitrages de fond qui n'ont pas encore été rendus et l'achèvement d'un travail technique très lourd et complexe, risque fort d'augmenter les multiples dysfonctionnements constatés plus qu'elle ne contribuerait à les résoudre »

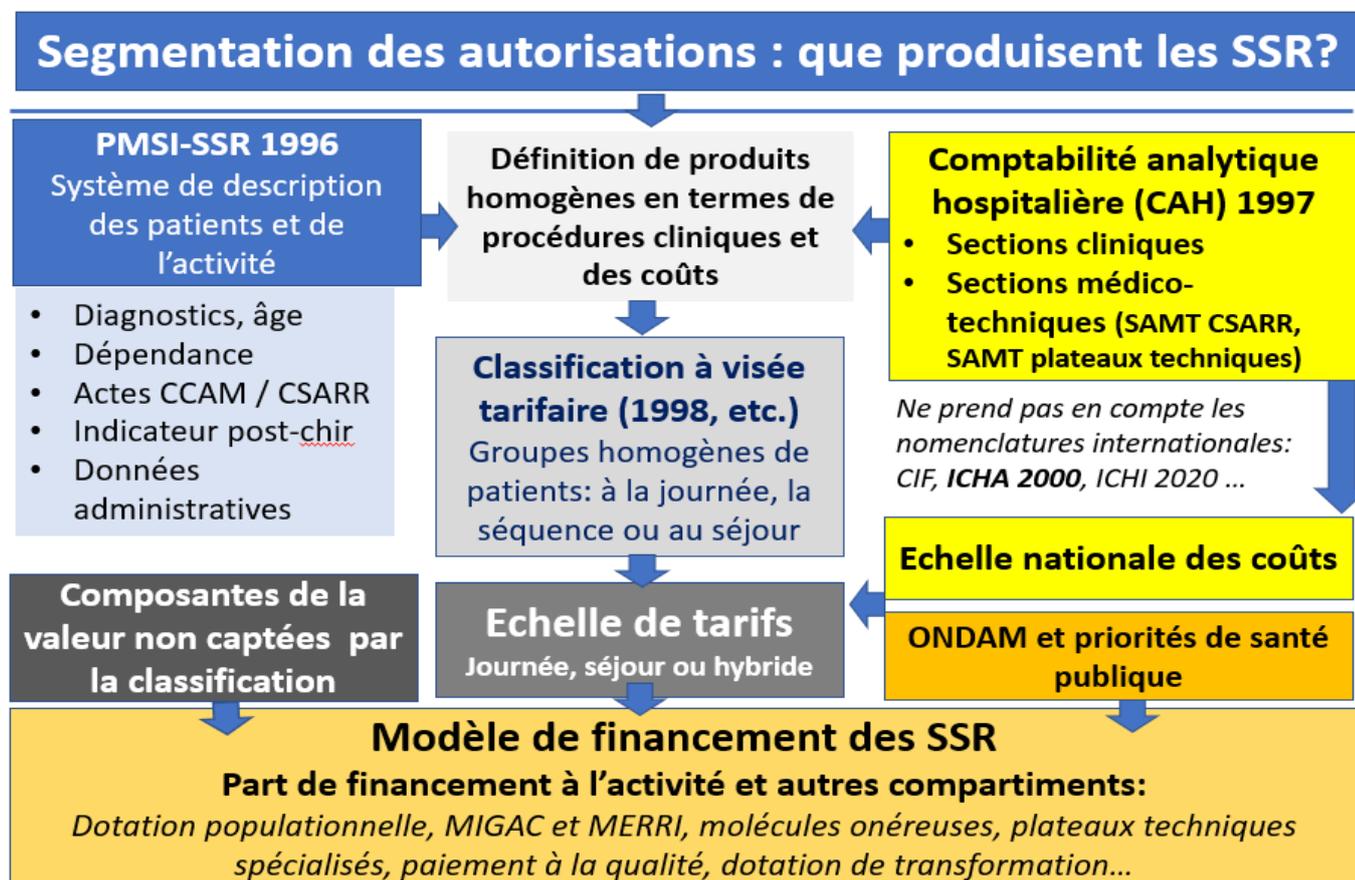
**Le rapport de l'ATIH sur les travaux relatifs à la classification en GME 2011-2012** (1) dit presque la même chose : on ne peut aboutir qu'à des groupes homogènes de coûts, par construction expliqués surtout par la durée de séjour, mais **sans garantie d'homogénéité des procédures cliniques et en respectant le principe de l'application du même modèle à toutes les autorisations SSR.**

« L'objectif à long terme de ce travail de classification, dans le champ du SSR, est de pouvoir **identifier des affections voisines associées à des prises en charge semblables** et de les situer dans l'ensemble du parcours de soins. Cependant, au démarrage de ces travaux, pour réaliser cet objectif, les informations et outils – recueil et classification PMSI à disposition – **ne permettaient pas de s'orienter d'emblée dans cette voie**. Une première étape a donc été retenue et axée sur l'analyse des séjours tels que décrits dans les bases PMSI-SSR à disposition, en toute connaissance de leurs limites, à savoir notamment : **le découpage des séjours suivant des règles administratives**, après 48h d'absence quel que soit le contexte médical, et une **description hebdomadaire basée sur une classification à la journée**"(...)

"La classification **n'est pas basée sur les autorisations** délivrées aux établissements. Elle a pour vocation de **décrire l'ensemble des prises en charge effectuées dans tous les établissements du secteur SSR.** »

Les conditions préalables à la mise en œuvre d'un paiement par cas au séjour, objectif affiché de la classification SSR, sont malgré l'abondance et le niveau de la littérature internationale sur l'organisation et le financement des soins post-aigus, purement et simplement absentes du modèle. Comment en sommes-nous arrivés là ? La figure 2 et l'encadré 1 en font la brève histoire.

Figure 2 : Financement des SSR, le chemin de dépendance français



## ENCADRE 1 : Brève histoire de l'impasse de l'organisation et du financement des SSR : l'impossible lien entre autorisations et financement

**1970 et 1975 : séparation du secteur sanitaire et du secteur de l'action sociale et médicosociale**, les soins seront déconcentrés (santé, assurance maladie) et l'action sociale décentralisée (accompagnement, hébergement) \*. L'hôpital devient « machine à guérir » et la réadaptation sera dès lors confondue avec l'activité des « moyens séjours ». **Exit de la « réadaptation hospitalière »** décrite dans les ordonnances de 1958.

**1982 Introduction du PMSI à partir d'une fonction de production purement curative des soins hospitaliers** (projet d'importation et d'adaptation des DRG de Fetter).

**1991 Création des SSR à partir d'une nomenclature exubérante** des « moyens séjours » représentant aujourd'hui 25% des lits hospitaliers français, une des proportions les plus élevées des pays de l'OCDE, contrastant avec l'effondrement des Soins de longue durée. **La réadaptation n'est plus un concept structurant de l'organisation des soins.**

**1996 Implémentation du PMSI-SSR** qui vise à décrire toutes les activités de SSR. **L'évaluation de la fonction est minimale, le potentiel de réadaptation et les facteurs socio-environnementaux ne sont pas pris en compte.** Le seul moyen permettant de capter la réadaptation est un **catalogue d'actes au périmètre exubérant et chronophage** qui mesure la consommation des ressources indépendamment de la pertinence des programmes de soins. Il est impossible de distinguer à partir de cet outil les **fonctions de poursuite de soins curatifs, de soins réadaptation et soins de de transition en SSR.**

**1997 Comptabilité analytique hospitalière (CAH) :** la **rééducation-réadaptation** est abordée comme **sections d'analyse médico-techniques** dont les coûts sont déversés sur les activités cliniques principales, en aigu comme en SSR. **La réadaptation médicale ne sera jamais une activité clinique dans les versions successives de la CAH.**

**1998 Première classification PMSI-SSR** en groupes homogènes de journées

**2000 Classification internationale des comptes de la santé (ICHA) :** une nomenclature fonctionnelle internationale complète la classification des prestataires. Elle n'est pas prise en compte, notamment la **fonction réadaptation**, le système de comptabilité analytique français étant déjà fixé dans ses sections homogènes.

**2005 Utilisation du PMSI dans la tarification à l'activité en MCO (T2A).** **La réduction des lits et des durées de séjour favorise l'intégration verticale des SSR.**

**2008 Segmentation institutionnelle des SSR selon les catégories médicales MCO,** suppression de la distinction entre soins de suite et réadaptation, peu modifiée en 2021 (nouveaux décrets attendus). Les **conditions de fonctionnement sont minimalistes** et la **spécification des fonctions inachevée** : rapport de la Cour des comptes 2012)

**2013 Groupes médico-économiques en SSR :** classification au séjour dont **l'échelle de coûts (ENC)** s'appuie sur les **catégories cliniques de 2008, donc celles de l'aigu.**

**2021 :** les nouveaux décrets relatifs aux autorisations SSR ne permettront pas de spécifier les fonctions d'un ensemble aussi hétérogène que les SSR français. **L'absence de lien entre autorisations et financement explique l'impasse actuelle de la classification.**

## Sans activités homogènes au plan clinique et économique il est impossible de décrire des séjours homogènes

*\*Adoption d'une vision « identitaire » du handicap, considéré comme état plus que comme processus incapacitant, dont les politiques se déconnectent des politiques de santé en rejetant le concept international de réadaptation. La réadaptation qui s'inscrivait comme lien inclusif entre santé et société est dès lors un paradigme exclu des dispositifs législatifs et réglementaires français, en dehors du secteur institutionnel des SSR.*

## Perspectives pour sortir de l'immobilisme

**L'impasse actuelle** résulte d'une histoire particulière à la France et à la paralysie de toute évolution ambitieuse qui tient en premier lieu à ce qu'aucun pilote politique ne considère jamais les différentes composantes du problème décrites dans le schéma de la figure 2 et l'encadré 1; en second lieu à ce que les négociations entre parties prenantes aboutissent toujours à un quasi immobilisme sur chacune de ces grandes composantes.

Nous avons voulu montrer que les difficultés d'organisation et de financement des SSR sont le résultat de **l'impossibilité historique de spécifier les fonctions d'un ensemble de soins post-aigus les plus hétérogènes du monde**. Dès 1986 le Pr. Jean-Pierre Held mettait en évidence la confusion, qu'il fait remonter aux années 70, entre moyen séjour, réadaptation et médecine physique et de réadaptation. Les réformes successives, définition des SSR en 1991, PMSI-SSR en 1996, comptabilité analytique hospitalière en 1997, réforme des autorisations SSR en 2008, classifications à visée tarifaires en SSR (la première date de 1998) ne

parviendront pas à surmonter l'absence de spécification du grand "fourre-tout" ([Rapport de la Cour des comptes SSR 2012](#)).

Le chemin de dépendance français qui aboutit à l'impasse actuelle semble en effet remonter à la loi hospitalière de 1970 qui a engendré la séparation du secteur sanitaire conçu dans une mission essentiellement curative des maladies, et de ce qui deviendra le secteur de l'action sociale et médico-sociale. **C'est la fin du concept de réadaptation hospitalière** citée dans les [ordonnances de 1958](#) soutenue par une [Commission de la réadaptation médicale](#) et dont la [circulaire Aujaleu de 1960](#) précisait les contours. La réadaptation qui s'inscrivait comme lien inclusif entre santé et société est dès lors un paradigme exclu des dispositifs législatifs et réglementaires français, en dehors du secteur institutionnel des SSR. Aujourd'hui les SSR représentent 25% des lits et places hospitaliers, dans un contexte où les lits de SLD se réduisent à peau de chagrin. Les panoramas de l'OCDE montrent que de nombreux lits SSR français seraient classés à l'étranger en maisons médicalisées, en soins de longue durée ou même en établissements médico-sociaux.

**Les SSR français n'ont à ce jour toujours pas de nomenclature fonctionnelle** permettant une analyse des coûts en fonction des finalités principales adoptées par le [système international des comptes de la santé \(ICHA\)](#) reliées aux [stratégies de santé de l'OMS](#) :

- la poursuite de soins curatifs subaigus (fonction ICHA-HC.1),
- la réadaptation (fonction ICHA-HC.2),
- l'assistance de transition aux activités de vie quotidienne (fonction ICHA-HC.3).

**La comptabilité analytique hospitalière sert de base à l'ENC SSR** a repris les sections homogènes du court séjour où la rééducation-réadaptation est une fonction médico-technique transversale dont les coûts sont déversés sur les sections d'activité cliniques principales définies selon les catégories de l'aigu, selon le modèle des autorisations de 2008.

**Seule une volonté politique de refonder le pilotage du système avec les parties prenantes** dont le CNP de MPR pourra assurer une cohérence des réformes aujourd'hui impossible, la réforme des autorisations, de la comptabilité hospitalière, du PMSI, du financement des SSR et, au-delà, la place de la médecine physique et de réadaptation dans le système de santé français. Selon Jean-Pierre Held, considérer que toute activité de Réadaptation hospitalière (alors « médecine de rééducation ») devait se déployer uniquement en SSR (alors « moyen séjour ») du fait d'une durée moyenne de séjour plus longue qu'en court séjour était une absurdité.

S'il en anticipait dès 1986 les effets délétères sur les soins aux personnes à risque de situation de handicap, en 2021, en contexte de raréfaction de ressources et de multiplication de altérations fonctionnelles à risque de handicap, cette confusion est devenue la source d'un sous financement de la MPR comme de toute forme de réadaptation médicale et d'une sous-estimation de son rôle dans tous les secteurs du système de santé.

Toute volonté de changer un système qui est aujourd'hui **coûteux, chronophage, contre-performant, destructeur de la qualité, des compétences et des motivations** doit

s'adresser à un niveau politique susceptible de sortir de cette crise de l'intelligence collective. **Soit on construit un financement à l'activité qui relie le cout à la valeur, soit on n'en fait pas du tout et on gère des dotations historiques au risque de pérenniser des inégalités inacceptables. Il faut choisir.** Mais on ne peut envisager aujourd'hui une dotation historique qui ne soit pas modulée à l'activité. Quant au financement au parcours, modélisé sur la chaîne de valeur de Porter, c'est aujourd'hui encore une chimère fondée sur une vision en flux poussé de la valeur pour l'organisation.

Seule une **volonté politique de réformer l'ensemble du dispositif** pourrait aboutir à des arbitrages de fond permettant d'établir un **lien entre autorisations et financement** cohérent (3,4). C'est à l'émergence de cette volonté qu'il nous faut tous concourir, tutelles nationales et régionales, fédérations, CNP et associations pour redonner du sens aux soins en renonçant à des modèles de couts déconnectés de la valeur.

## **Le temps des reformes est venu.**

Un nouveau cadre conceptuel de la santé doit permettre de répondre à l'ensemble des besoins de la population, au profit de l'espérance de vie sans incapacité, en s'appuyant sur une **stratégie nationale, régionale et territoriale de réadaptation, déclinée dans les programmes régionaux de santé et couvrant tous les modes d'exercice.**

*Jean-Pascal Devailly, le 8 avril 2021*

« Les problèmes d'aujourd'hui viennent des solutions d'hier ».  
Peter Senge

## POUR ALLER PLUS LOIN

- Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière
- Commission de réadaptation médicale 1960 dans dynamique de constitution d'une spécialité médicale fragile : la médecine de rééducation et de réadaptation fonctionnelles en France entre médecine et politique
- La circulaire Aujaleu du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale
- Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales (J-P DEVAILLY / RHF 2019)
- SSR : quels outils de description fine pour porter le financement de demain ? (J-P DEVAILLY / RHF 2019)

Article du Pr. Jean-Pierre Held. La lettre du médecin rééducateur, avril 1986

Depuis son origine, la médecine de rééducation a eu des difficultés à voir son existence reconnue.

Sur le plan de l'enseignement, deux "batailles" successives ont rassemblé tous les médecins de la spécialité pour obtenir que la rééducation figure parmi les Diplômes d'Études Spécialisées. Sur le plan du classement de la discipline, le problème est plus complexe et mérite réflexion. De nombreux textes ont depuis 1972 tendance à classer la rééducation dans ce cadre très mal délimité qu'est le moyen séjour, utilisant, par un artifice très contestable, une durée de séjour, alors que notre discipline est caractérisée essentiellement par une prise en charge spécifique et globale de la personne handicapée.

Le moyen séjour est actuellement un fourre-tout où le Ministère de la Santé a inclus, outre la rééducation, des faits aussi disparates que la convalescence, les chroniques, la lutte contre la tuberculose, la postcure pour malades mentaux, alcooliques ou toxicomanes... C'est dire que nous considérerons que notre discipline doit être exclue de ce cadre.

Pour ce faire, avec l'aide toujours efficace de l'ANMSR, et tout particulièrement du Docteur M. TRAMBLAY, nous avons entrepris depuis deux ans une enquête nationale essayant de mettre en évidence avec le maximum de précisions les charges de notre spécialité, ceci nous paraissant le meilleur moyen de discuter avec les autorités de tutelle. Puisse ce désir ne pas rester un vœu pieux.

## Ecnks EPISCOPE



➔ **Campagne d'adhésion 2021: Et vous ...**  
Ne restez pas solitaire(s),  
Devenez solidaire de la promotion du métier de MK Salarié !

**En avril**

**le temps du nouvel engagement ou du renouvellement de l'adhérent**

**partagez vos expériences, vos suggestions, vos envies & vos avis  
(re)devenez membre<sup>(2)</sup> d'un simple clic sur le lien ci-après :**



**<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/adhesion-cnks>**

(\*) Être adhérent correspondant de l'association CNKS c'est l'assurance :

- d'être recevoir KINESCOPES & suppléments,
- d'être sollicité pour répondre à nos enquêtes,
- d'être sollicité pour participer à nos groupes de travail,
- d'avoir accès à tous les dossiers du site [www.cnks.org](http://www.cnks.org),
- d'avoir un accès priorisé lors des inscriptions aux SKTS,  
et de bénéficier d'un accès priorisé et du tarif réduit adhérent pour les inscriptions JNKS

**CAMPAGNE  
2021  
D'ADHESION**

Et moi ? au-delà d'un exercice quotidien complexe  
qu'est-ce que je peux faire pour saluer la kinésithérapie salariée ?  
**rester SOLITAIRE ? devenir SOLIDAIRE ?**

## Tcnks ROMBINOSCOPE



### Pierre Henri Haller, Président

- DE MK 1996 - Paris (75). il exerce comme kinésithérapeute en réanimation-oncologie-soins palliatifs au sein de l'hôpital d'instruction des Armées du Val de Grace et est vice-président du CLUD jusqu'en 2004.
- Certificat de Thérapie Manuelle CEGMA – 2000 et certificat de Formation de Formateur Gestes et Posture en Milieu Hospitalier (prévention des risques liés à l'activité physique PRAP INRS), 2000
- Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur en 2001.
- DE CDS en 2005 à Paris (75). De 2005 à 2019 il est CDS à l'AP-HM (encadrement de secteur de réadaptation court séjour adulte et SSR : médecine, chirurgie, réanimation, personnes âgées) période durant laquelle il obtient un Diplôme Inter Universitaire, éthique et pratiques médicales, 2006 puis un Master Sciences de la Santé à finalité professionnelle mention Santé Publique Spécialité Handicap et Santé, 2010.
- Depuis 2019, Cadre de Santé Supérieur (management, animation et organisation d'un pôle prestataire transversal inter-sites et interprofessionnel de Médecine et de Réadaptation)
- Président du CNKS depuis septembre 2019. Membre du CA depuis 2006 à ce jour.
- Membre représentant du CNKS au CA de l'UIPARM de 2010 à ce jour.

### Andrée GIBELIN, Secrétaire Générale

- DE MK en 1980 à Lyon, Certificat MCMK en 1989 à Montpellier, Psychologue du Travail et des Organisations en 2009
- MK en SSR spécialisé en Neurologie de 1980 à 1991
- Cadre MK de 1991 à 2011 en SSR spécialisé Neurologie, Orthopédie et Grands Brulés, mise en place d'un des premiers Service de Rééducation en Post Réanimation et d'un service accueillant des patients EVC-EPR et élue CE
- Responsable paramédicale dans un CEM en 2011,
- Responsable rééducation du SSR Le Val Rosay (UGECAM) jusqu'en 2014 (ménagement nouveaux PT)
- De 2015 à 2019 responsable rééducation en SSR spécialisé neurologique : mise en place hippothérapie et rééducation spécifique Parkinson (formée LSVT Big).
- De 2020 à ce jour cadre de rééducation au SSR Camille Blanc MGEN à Evian (74).
- Vice-Présidente CDO Rhône en 2006-2007.
- Membre bureau Collège Cadres Kinésithérapeutes Rhône-Alpes depuis 2004.
- Membre du CA du CNKS depuis 2006



**KALEÏDOSCOPE** Evènement

A VOS  
AGENDAS

## STKS 3 visio conférence

Jeudi 17 juin 2021 18 h 00

## JNKS REIMS 2021

Journées Nationales de la kinésithérapie salariée

Jeudi 23 & vendredi 24 septembre 2021 \*

« Praticiens, Pratiques Professionnelles  
& Politiques de Santé »

(\*) à REIMS en présentiel ... ou en visio-conférences si la situation sanitaire l'exige.