Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS
Une publication du Collège National de la Kinésithérapie Salariée

n° 16
fév. 2022

KINESITHERAPIE :

Travaux & Chantiers... en oeuvre

Kinésithérapeute salarié(e) &...

MK en PA ?

PEC vs PES

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com

Collège National de la Kinésithérapie Salariée
Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Kinéscope

La lettre & l'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Apostille

L'impression de savoir est bien plus dangereuse pour la connaissance que l'ignorance.

Gérald Bronner
Déchéance de rationalité, 2019

SOMMAIRE

- **Périscope** *p.2*
- **L'ESSENTIEL :**
  - **SSR vs SMR** *p.3*
  - **ELECTIONS** *p.4*
- **Adhésion** *p.5*
- **Secteur Médico-social** *p.6 à 8*
- **La Carrière Curriculaire & MK en PA** *p.9 à 12*
- **Formation Initiale : le rapport d'étonnement** *p.13 à 15*
- **LES MAUX DES MOTS** *p.16 à 22*
- **Recherche et MK Salariée** *p.23 à 26*
- **I.A. et MK salarié** *p.27/28*
- **Vie Associative : Lu pour nous / Agenda / Evènements** *p.27 à 34*

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

Périscope

« **L'intention, le geste et la trace** » telle est la devise des architectes que le CNKS a déjà fait sienne tant au travers de l'édito d'un précédent Président que dans une des trilogies des JNKS.
En ces temps d'incertitudes pandémiques, sociétales, électorales, … elle illustre bien à nouveau et balise les indispensables étayages pour un monde de la santé, et ses multiples professions qui - face à l'épuisement d'un système dénoncé depuis longtemps mais révélé cruellement à bout à l'aune de la pandémie - sont en **travaux** et **chantiers** pour **s'adapter** et se **réinventer**.

Quelles que soient les causes qui en sont l'objet … **pour que des travaux fassent œuvre il faut que les chantiers fassent sens.**

Les activités de santé, leurs acteurs, métiers et professions, n'échappent pas à cette règle simple fondée sur la pertinence et la cohérence ; kinésithérapie, et kinésithérapeutes salariés, non plus.

Ces chantiers et ces travaux, utiles et indispensables à la défense mais surtout à la promotion et à la valorisation, sont nombreux… tant de façon spécifique pour notre métier de MK salarié, que plus globalement pour notre profession et donc en lien avec nos collègues libéraux, et que , encore plus globalement en interprofessionnalité … aux fins de cohérence et de qualité pour les patients.

Le CNKS se doit, en qualité d'association de kinésithérapeutes et cadres kinésithérapeutes salariés, d'y prendre sa part. Et c'est dans ce cadre que nous vous proposons des réflexions et stratégies systémiques, notamment avec le schéma de carrière curriculaire, souvent en rupture avec les stratégies du coup par coup.

Négocier et obtenir, étape après étape, certaines avancées et reconnaissances professionnelles, ne doit pas priver d'une vision générale et d'un plan global …voire d'avancées parallèles en cohérence.

KINESCOPE n°15 «l'heure des choix» listait déjà les travaux et chantiers auxquels le CNKS s'attelle ; **KINESCOPE n°16**, et **ses dossiers Hors Série** à consulter sur le site *(cf. p. 2 & 3)* en détaillent encore un peu plus certains et c'est l'occasion de vous inviter, à nouveau, à vous y joindre et à y participer. Et comme le dit souvent le président fondateur du CNKS « participer ce n'est pas que prendre et partager, c'est avant tout prendre part et faire partie ».

Pierre Henri Haller
Président

https://www.cnks.org/soins-de-suite-de-readaptation-vs-soins-medicaux-de-readaptation/

A CONSULTER SUR CNKS.ORG

https://www.cnks.org/2022-2027-5-ans-pour-la-kinesitherapie-la-readaptation/

Engagez vous, Impliquez vous, Soutenez le CNKS !

Devenez adhérent associatif membre abonné ou membre correspondant

Adhésion 2022 : lien + [clic + ctrl]

https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2022-3

L'ESSENTIEL *Monde Santé Social*

Secteur Médico-Social & Kinésithérapie Salariée

Si le métier de Kinésithérapeute salarié dans le secteur des établissements hospitaliers et celui des établissements SSR connu - et parfois reconnu - il existe aussi dans un secteur moins visible qui mérite d'être mis en exergue : le secteur médico-social.
C'est ce qu'a décidé de faire le CNKS, au travers des colonnes de cette rubrique « **L'ESSENTIEL** - ***Le monde de la Santé*** » de KINESCOPE, qui entend ainsi témoigner de l'engagement - utile, nécessaire, indispensable - des professionnels de santé au rang desquels les Kinésithérapeutes salarié-e-s qui y travaillent ; … gisement potentiel d'emplois salariés pour les MKs désireux de travail en équipe autour et pour les personnes en situation de handicap.

Être professionnel de santé est plus qu'une simple vocation, que le sacro-saint sacerdoce attendu par les uns, inéluctable pour les autres… c'est une démarche, un projet… empreint d'altruisme, d'empathie, de service. Quel que soit le mode d'exercice, quelles que soient les contraintes inhérentes aux cadres législatifs, réglementaires, administratifs, financiers, ces valeurs qui étayent l'activité de "prendre soin" sont constantes. Pour autant les critères et autres indices de performance et de crédibilité sont comme dans tout type d'emploi ceux qui doivent guider la quête d'une saine gestion, d'une bonne adéquation des ressources aux besoins, pour garantir efficience, rentabilité et qualité. Trop longtemps divisés, affrontés, les mondes de la santé et du social, les mondes libéral et salarié, sont à l'aube de ce siècle en pleine recomposition, en voie de ré-articulation, de coopération… pour mieux répondre à la commande sociale. L'exercice salarié de la kinésithérapie y a sa place tout au long de la vie des professionnels et des patients.

Retrouvez « L'essentiel & L'utile » compendium sur le monde de la santé et de la kinésithérapie salariée version 2008 - en cours de de réédition actualisée, édition prévue pour septembre 2022 - sur www.cnks.org

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Secteur Médico-Social & Kinésithérapie Salariée

Au-delà d'un rapide zoom sur le secteur médico-social au sein du dispositif de santé et d'action sociale en France, réalisé dans un précédent numéro, KINESCOPE entend produire le témoignage de collègues ayant choisi de s'investir dans ce secteur.

Maxime Kosmala,
MKDE depuis 8 ans, après une première expérience d'exercice en libéral nous a rapporté dans KINESCOPE 15 pourquoi et pour quoi il est récemment devenu salarié au sein d'un IEM dans les Hauts de France.
Dans ce numéro 16 Maxime revient nous raconter et nous expliquer à l'aide du « projet personnalisé » - dont il a découvert les coulisses - en quoi le contexte institutionnel de l'exercice de la profession façonne le métier de kinésithérapeute salarié, et pour quoi coordination des activités et coopérations avec les autres acteurs de soin … autour et avec les patients … sont indispensables.

Le projet personnalisé : la coordination des soins et la coopération des soignants avec le patient

La kinésithérapie, et tous les métiers du monde médical, sont au service du patient. Cela semble être une porte ouverte qu'il fait bon d'enfoncer de temps à autre. Et dans le monde médico-social, c'est encore plus vrai. En même temps, depuis les années 60, la relation avec les patients change. Encore plus depuis les années 2000 où le patient devient un véritable partenaire et acteur dans ses soins. Ce qui nous oblige à encore plus coopérer entre professionnels de santé afin d'apporter des réponses pertinentes mais aussi cohérentes et communes aux problématiques du patient. A l'IEM, cela correspond à la mise en place d'un **projet individuel** appelé aussi **projet personnalisé**.

Ce qui nous oblige à encore plus coopérer entre professionnels de santé afin d'apporter des réponses pertinentes mais aussi cohérentes et communes aux problématiques du patient.

Lorsque j'exerçais encore libéral dans ce centre - et avouons-le peu formé aux différentes problématiques du monde de la pédiatrie et du monde médico-social - je faisais mes bilans comme j'avais appris et comme je le faisais dans le reste de ma pratique quotidienne. Je bilantais les Niveaux d'Evolution Motrices, je réalisais un bilan orthopédique avec un goniomètre, bilan de l'équilibre statique assis ou debout quand c'était possible. Je réalisais un écrit comme je pouvais le faire pour un médecin.

Mais je ne pouvais participer aux réunions. On ne se rend alors pas compte si nos données sont utiles ou comprises que ce soit par le reste de l'équipe qui prend en soin ou plus important, par la famille et l'enfant.

Or, les enfants ayant des troubles moteurs ont leurs propres envies, attentes et souhaits. Leurs familles aussi.

On parle souvent du modèle Bio-Pyscho-Social dans le soin. Et bien ici, fort de cette nouvelle expérience de MK salarié à temps plein, je réalise qu'il est impossible de ne pas le prendre en compte. On ne peut pas simplement comparer et vouloir que les enfants atteignent une « norme ». Il est important de pouvoir les suivre au long cours et d'utiliser des outils « adaptés ». Et pour cela, nous devons avoir une vision globale de l'enfant ... et donc travailler en équipe.

Nous recherchons les bilans communs à faire, nous nous expliquons les situations, et explicitons, confrontons, les points de vue. Nous mettons en place des séances communes avec un ou plusieurs enfants.

Le plateau technique d'un IEM peut comprendre, en plus des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, mais aussi des psychomotricien·ne·s, des psychologues, des neuropsychologues, et si on est chanceux des enseignant·e·s en activité physique adaptée. Et chaque profession a ses spécificités.

Le but du jeu est donc d'articuler et de coordonner ces spécificités tout au long de la prise en charge afin, entre-autre, d'accéder au souhait et au projet, de l'enfant. Dans ce but, nous devons donc :

- employer entre nous un langage commun précis,
- avoir le même discours avec la famille,
- et développer les mêmes objectifs qu'eux.

Avec la collègue ergothérapeute et la collègue psychomotricienne, nous nous réunissons 1 fois par semaine de manière formelle (traduisez par une réunion) et beaucoup plus souvent de manière informelle. Nous recherchons les bilans communs à faire, nous nous expliquons les situations, et explicitons, confrontons, les points de vue. Nous mettons en place des séances communes avec un ou plusieurs enfants.

Par ailleurs nous essayons de participer à des événements communs comme des formations ou des colloques. Comme par exemple le webinaire qui fait suite à la publication des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS pour la rééducation et la réadaptation de la fonction motrice en cas de diagnostic de paralysie cérébrale.

Lors de la réalisation du projet personnalisé, nous discutons ensemble, et fixons des objectifs.

Afin de poser les objectifs avec l'enfant et sa famille nous nous efforçons de suivre et de nous appuyer sur le cadre conceptuel des 6F (Fonction, Famille, Forme physique, Félicité, Fraternité et Futur) et d'utiliser le moyen mnémotechnique SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable et Temporelle).

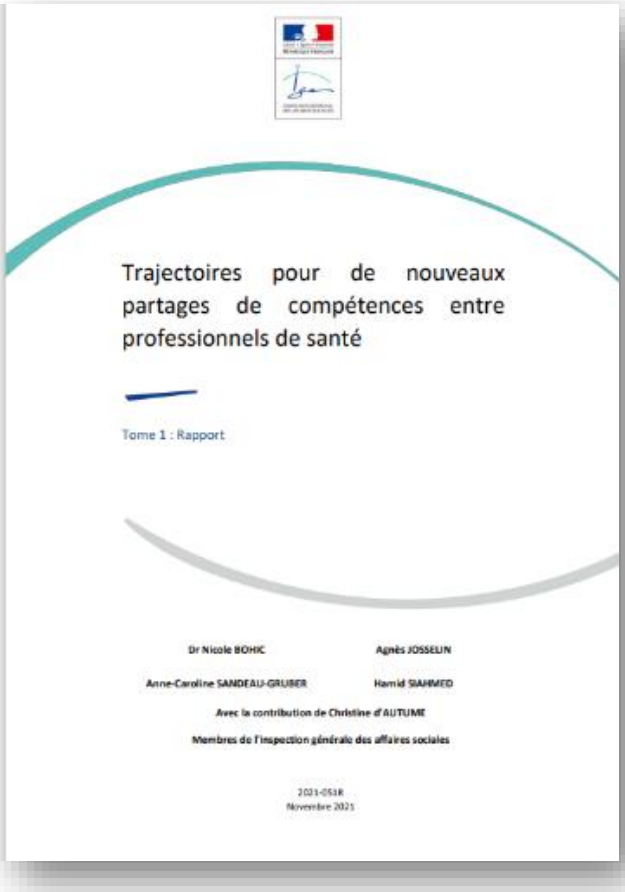
Mais cet idéal méthodologique nécessite un apprentissage de la part de tous les professionnels de santé y compris médecins et les familles… Et donc de beaucoup de temps et d'espaces de discussion et d'échanges plus adaptés que les simples réunions de synthèse.

(à suivre dans un prochain KINESCOPE)

La Carrière Curriculaire L'ESSENTIEL

Le CNKS depuis plusieurs années prône une réflexion et une proposition d'évolution et de diversification de carrière : « un curriculaire de carrière ».

Dans cette perspective curriculaire, pensons ensemble un continuum en amont et en aval du diplôme d'exercice et du grade Master, dans un contexte de nouvelle Stratégie Nationale de Réadaptation et de Professions Alliées : en amont par l'assistant de soins en rééducation, et en aval par le cadre de santé**, le kinésithérapeute en pratique avancée,** le clinicien chercheur, l'enseignant chercheur.


Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé

Tome 1 : Rapport

Dr Nicole BOHIC — Agnès JOSSELIN

Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER — Hamid SIAHMED

Avec la contribution de Christine d'AUTUME

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2021-053R

Novembre 2021

Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) vient éclairer & complexifier les débats et les perspectives. KINESCOPE n°15 paru début Janvier vous en suggérait la lecture et avait déjà indiqué « *à peine mis à disposition ce rapport a suscité bien des réactions et fit couler beaucoup d'encre* ». Et cela n'est vraisemblablement pas prêt de se terminer quand on observe les tensions qui sont apparues ces derniers jours entre les IADE qui souhaitent être reconnues « IADE en Pratique Avancée » et les médecins anesthésistes réanimateurs qui s'y opposent …

Alors que le CNKS de son côté poursuit et amplifie sa réflexion sur le sujet du MK en PA il est intéressant de relever et vous livrer ci-après, pour nourrir les débats, quelques éléments in extenso de ce rapport tels qu'ils ont par ailleurs été présentés lors d'une réunion organisée sur le sujet du MK en PA à l'initiative conjointe du CNKS et de la SFP ***(cf. page 11).***

EXTRAITS DU RAPPORT DE MISSION IGAS : TRAJECTOIRES POUR DE NOUVEAUX PARTAGES DE COMPETENCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

…

« des critères permettant de qualifier le niveau d'avancement des pratiques sur cinq axes ont été élaborés :

- *Degré de compétences et pouvoir décisionnel ;*
- *Degré d'autonomie et distance interventionnelle ;*
- *Degré de risque et responsabilité assumés (avec la difficulté de grader les situations en fonction de leur gravité et urgence) ;*
- *Périmètre d'intervention ;*
- *Degré d'indépendance d'accès à la patientèle.*

Ces lignes directrices sont proposées pour permettre d'arbitrer entre les multiples demandes de nouvelles pratiques avancées, insistant sur la nécessité d'une doctrine et d'une gouvernance spécifiques.

…

La mission considère qu'une réflexion est incontournable sur la refonte de la structuration des professions de santé dans le Code de la santé publique, dans le contexte de l'essor des coopérations interprofessionnelles et de la montée en compétences des professionnels paramédicaux. Cette réflexion devra notamment s'intéresser :

- *aux périmètres d'intervention, qui doivent être revus pour passer d'un système de cloisonnement à un système de partage ;*
- *à la place des professionnels de santé dans le parcours de soins, qui doit être optimisée pour répondre au mieux aux besoins des patients.*

…

Au-delà de la question juridique et formelle, la constitution des IPA en profession, interroge en réalité surtout leur positionnement par rapport aux infirmiers et aux médecins à double titre :

- *par rapport aux catégories juridiques du Code de la santé publique (celles-ci apparaissant de plus en plus désuètes au regard des qualifications actuelles des professionnels) ;*
- *et dans le parcours de soins (question de l'accès direct en premier recours).*

…

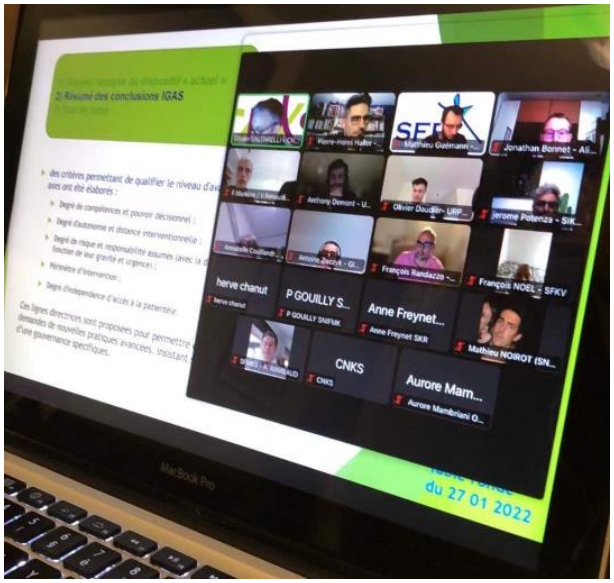
La mission considère qu'une réflexion est incontournable sur la refonte de la structuration des professions de santé dans le Code de la santé publique, dans le contexte de l'essor des coopérations interprofessionnelles et de la montée en compétences des professionnels paramédicaux. ».

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

MK en PA : la réflexion se poursuit

A l'initiative et l'invitation conjointe du CNKS et de la SFP (Société Française de Physiothérapie) une visio-conférence s'est tenue le 27 janvier 2022 de 20 h 30 à 22 h 45. Faisant suite aux dispositions législatives et réglementaires proposées par les Lois de 2016 et 2019, aux réflexions du Groupe de Travail (2019 – 2020) initié par la FFMKR composé de représentants (ALIZE, CNOMK, CNKS, FFMKR, SNMKR, SNIFMK) cette nouvelle réunion **s'inscrivait en rapport** aux premières réflexions, enquête et ronde DELPHI mises en œuvre par le CNKS et à la publication du rapport de l'IGAS.
Cette réunion avait **pour objectif de**

- faire le point des réflexions, propositions et actions des différentes organisations professionnelles sur le sujet
- d'être le point de départ d'un nouveau groupe de travail (GT) intra-professionnel avec les organisations qui souhaitent voir aboutir la mise en œuvre du **MK en PA**



C'est dans une ambiance conviviale et studieuse que les représentants d'une 10aine d'organisations professionnelles (associatives et syndicales) ont pu (re)faire le point sur :

- un rappel et l'analyse du dispositif « actuellement en vigueur »
- un résumé des conclusions IGAS.

Un tour de table a ensuite permis à chaque organisation d'exprimer sa connaissance du sujet, l'avancée de réflexions, les réserves et inquiétudes, et les besoins et attentes ainsi que les éventuels travaux de réflexions ou actions mis en œuvre ainsi que l'intérêt de principe - à confirmer prochainement - de participer à ce nouveau Groupe de Travail.

Pour leur part le CNKS et la SFP ont rappelé à la fin de la présentation commune :
1) qu'un MK en PA pourrait

- un « nouveau professionnel » de santé post DE initial (c'est-à-dire issu du MK dans le cas qui nous intéresse)
- justifiant de plusieurs années d'expérience professionnelle après le DE
- ayant bénéficié d'une formation, spécifique au « domaine » retenu, sanctionnée par un diplôme universitaire
- exerçant avec complément de réglementation spécifique missions, fonctions et actes.
- un nouvel acteur de santé publique (besoin du territoire où de la structure),
- avec des compétences (actes et/ou missions) médicales déléguées spécifiques,
- exerçant sur un poste bien spécifique autour de la clinique,
- représenterait une infime partie de la profession (< 1% des inf en 2026 seront IPA / objectifs initiaux affichés par la DHOS : maximum 5% d'une profession),

2) qu'il est important de ne pas confondre le MK en PA avec :

- **accès Direct** (autorisation d'exercer l'art sans prescription médicale) = dispositif de « prise en charge » (sans nécessité d'un niveau ++ de DE) vise la « non-prescription préalable », parcours facilité et prise en **charge financière**
- **1er recours** = vise le type de structure (libérale en cabinet, en CPTS … ou Etablissements de santé) qui intervient dans le parcours patient
- 1ère **intention** = 1er traitement/action/proposé (diagnostic, médicament, geste technique)

Pierre Henri Haller, Président CNKS
Matthieu Guemann, Président SFP

MK en PA ? pistes de fonctions et missions à faire émerger & explorer

Un nouveau métier à promouvoir et à définir …

A titre d'exemple, tout comme d'autres idées (MK en PA de type Coordonnateur de Réadaptation, ou MKPA en Neuro chir ou MKPa en neuro pour Toxine, interprétation AQM…) une autre idée en lien avec une problématique réelle est suggérée en marge de la réunion par notre collègue CDS MK à l'APHP, membre du CA du CNKS…à étudier !

« Le MKPA est un autre métier !
Il ne faut pas confondre l'expertise avec la pratique avancée. L'expertise, fruit de l'expérience et d'un exercice orienté exclusif s'inscrit dans une « spécialité » (les protocoles de coopération sont là pour y répondre) alors que la PA est en transversalité. Il faut partir du terrain pour construire le référentiel fiche métier puis ensuite le référentiel de formation nécessaire. Les ARS seront sensibles à la plus-value apportée au parcours patient pour le fluidifier et surtout le rendre moins couteux (enjeu médico-économique).

Mon idée serait que le MKPA en milieu hospitalier soit à la tête d'une ***cellule « d'accélération des sorties »****, en équipe mobile sur les services voire établissements comprenant 1 MKPA, 1 représentant de la cellule gestion des lits, 1 cadre des services sociaux, 1 représentant HAD et 1 du Prado.*

Mission :

- *constituer un réseau de référent médicaux au sein de chaque service. Chaque service nomme un référent médical.*
- *analyser les situations des patients médicalement sortants recensés par le référent du service*
- *contacter le référent du service pour aider à mobiliser les différents dispositifs de sortie (Prado, HAD, etc…)*
- *rester à disposition tout au long de la semaine pour des situations particulières*

Le MK en PA avec sa compétence du métier de base pourrait avoir une connaissance aigue de la gestion du handicap, des déficiences, des aides à mettre en place.

Il devrait également :

- *posséder une bonne connaissance médicale des pathologies et du suivi médical à mettre en place ;*
- *être formé à la stratégie médico-économique des établissements, aux enjeux du partages de soins et des intérêts de chaque structure sur le département ;*
- *la connaissance des services sociaux et autres services publics. »*

ADHERENTS : participer aux reflexions …
JEUDI 17 MARS : STKS en visio-conférence

La formation initiale L'ESSENTIEL

Le rapport d'étonnement en stage : un outil de stratégie pédagogique ?

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 1ère 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.

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 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 particulières à l'institut de formation auxquels ils appartiennent. A l'IFMK de Toulouse, nous proposons aux étudiant de bâtir leur rapport au choix autour de l'une des 3 thématiques suivantes :

• relater un bilan ou une technique de traitement kinésithérapique vu(e) 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 ?

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.

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 alors 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.

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 Sintès
CDS MK
Formatrice IFMK

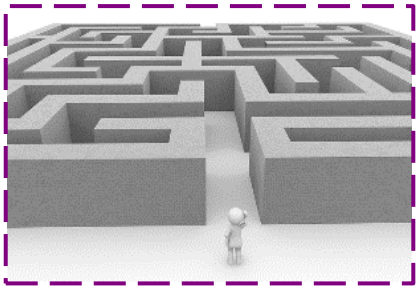
Références bibliographiques :

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 Practioner. 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.

En parfaite résonnance avec les réflexions et propositions du GT ACCES du CNKS cet article met en exergue cet «accompagnement personnalisé» qu'exige selon le CNKS la préparation à la vie professionnelle. On aimerait qu'une petite place d'étonnement soit aussi faite et préconisée sur la représentation initiale de l'étudiant et le réel perçu de l'activité, le mode d'exercice, le métier … au-delà de la mesure d'écart entre la théorie et les pratiques professionnelles.

Une façon supplémentaire de faire converger équipes pédagogiques d'instituts et équipes de tuteurs d'établissements. KINESCOPE sollicitera d'autres retours d'expériences à propos de ce rapport d'étonnement.

Les Maux des Mots L'ESSENTIEL



Les discours et écrits, des politiques, de la presse, des professionnels … foisonnent de mots et de locutions dont l'emploi est pour le moins interrogeant et parfois aléatoire, voire hasardeux ; au rang de ces mots et locutions « accès direct, première intention, premier recours, pratique(s) avancée(s) ou encore autonomie - indépendance, fonction - mission» … il en a été ainsi par exemple durant des années « du décret de compétences » versus « décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession de … » mais aussi de la confusion entre métier et profession.

Le **CNKS**, via **KINESCOPE**, fidèle à son plaidoyer pour un juste langage s'efforce dans une approche didactique d'alerter sur l'utilisation aléatoire, raccourcie, elliptique, de mots, d'expressions, de concepts qui colportés à tort, en font des « vérités fausses » qui deviennent légendes, contre-sens, non-sens, faux-sens ?

A quoi ou à qui ces termes se rapportent-ils ?
Quelles origines lexicologiques, sémantiques ?
Quelles références juridiques, légales, réglementaires ?
Quelles conséquences et représentations leurs emplois en confusion l'un pour l'autre induisent-ils ?

Sans prétendre traiter systématiquement et exhaustivement de toutes ces dimensions la rubrique « **L'ESSENTIEL**, ***les maux des mots*** » se propose de générer et inciter la réflexion de tout un chacun sur le sens des mots et de leurs contextualisations par le regard posé et exprimé de plusieurs auteurs issus de la profession.

Kinéscope

La lettre & l'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Dans **KINE**SCOPE17**,** à paraitre début Mars 2022, ce sera au tour de deux termes qui n'en finissent pas d'interroger et d'être utilisés l'un pour l'autre … à défaut d'être distingués … par stratégie voire idéologie : « Métier ou Profession ».

Dans ce **KINE**SCOPE16 c'est donc au tour des expressions « **Prise en charge** » et « **Prise en soins** »**.**

En préambule j'ai souhaité que nous reproduisons quelques extraits d'un article de type tribune libre écrit par Yves Cottret, déjà été publié en janvier 2000 en guise d'éditorial dans le BIIP (Bulletin d'information de l'UIPARM) et dans la revue « Professions & Plateaux Techniques » ainsi que plus récemment au sein du site Manager Santé. 20 ans plus tard le sujet dont il traite demeure aussi prégnant et s'inscrit tout naturellement comme un élément socle, fondamental, et de réflexion de cette nouvelle rubrique qui porte le nom du titre de son article.

Pierre Henri Haller
Président

En préambule son auteur nous indique

« … comme étudiant puis comme professionnel dans le monde de la santé, j'ai été frappé, gêné, interpellé par le jargon médico-scientifique (jargon que l'on retrouve certes dans tous les domaines : solives, bastins se distinguent aisément pour des spécialistes et/mais restent des poutres pour Monsieur ou Madame tout le monde), mais plus encore par les divers jargons – quasi dialectes – que chacune des professions de santé semblait s'échiner à développer, préserver, à des fins inavouées, mais qui conduisaient inéluctablement à l'impression de (re)vivre la tour de Babel … ».

Et de poursuivre

« …au-delà du jargonnage médico-scientifico-technique, l'étonnante polysémie des mots de la langue française conduit à bien des vicissitudes, à nombre d'incompréhensions. « Traduttore, traditore » : le traducteur est un traître ! Il en va ainsi de nombres d'expressions et de mots employés à tort et à travers, les uns pour les autres ; devenus cependant quasi familiers du langage courant la remise en question de leur emploi – mal à propos – paraît souvent tout aussi déplacée…Et pourtant… les maux des mots cela existe. Et si nous posions sur la table ces mots ? Afin de les croiser et les décroiser dans cette jungle sémantique quotidienne où «voir ne signifie pas regarder» et où «écouter ne permet pas toujours d'entendre».

Puis de nous inviter à explorer un exemple.

« Prenons par exemple l'expression « prise en charge globale » (PECG).*

De quoi parle-t-on ?…. Comme le refrain d'un tube indémodable, cette PECG fleurit sur toutes les lèvres des personnels de l'hôpital, tous grades et toutes catégories confondues. Enfin une bonne nouvelle, ils et elles - les professionnel-le-s - partagent tous la même chose : cette fameuse… prise en charge globale ! Las ! Que nenni ma foi !

Cet objet de convoitise, que tous revendiquent en s'en faisant les seuls détenteurs, n'est pas le même selon les interlocuteurs ! Est-ce possible ? Une autre acception, différente de la mienne, oserait exister ? On m'aurait menti à l'insu de mon plein gré s'écrient alors (en chœur) tous les protagonistes et autres spécialistes, auto- proclamés exclusifs, de la PECG ?

De fait il existe un réel quiproquo entre les uns qui y voient la globalité des différentes prises en charges et les autres qui y voient la globalité de l'individu lors d'une prise en charge ! Le méta-modèle de Communic'Action est un outil précieux pour tenter de com-prendre ce leurre et ce qui s'apparente à son sosie à s'y mé-prendre. Ainsi qu'il s'agisse d'une catégorie de personnes (enfant, adulte, personne âgée), d'une discipline, d'un processus, d'une pratique, tel par exemple la qualité, ou de tout autre thématique, se pose à chaque fois la question des modalités de la prise en charge c'est-à-dire le comment et pas toujours mais parfois la finalité c'est-à-dire le pour quoi en deux mots. Et je, tu, il, nous , …. chacun au sein d l'hôpital agit – ou prétend agir – aujourd'hui au nom de la prise en charge globale. Mais je, tu il, et nous disent-ils la même chose ?

Les discours des professionnels et de leurs représentants s'efforcent d'affirmer que l'action de la profession ou de la catégorie considérée s'inscrit, participe, voire procède de ce généreux concept. Et qui plus est c'est bien d'une prise en charge GLOBALE du patient qu'il est question. Plus que généreux voici un modèle qui devient efficace !

Et qu'en est-il de l'approche polysémique de la multiprofessionnalité ? Tout le monde s'y réfère ; il doit donc s'agir de la même chose se dit-on dans un saisissant raccourci. Mais alors quel est donc au sein de cette idylle qualifiée, là aussi à tort et à travers, de pluriprofessionnelle, de transdisciplinaire, polycatégorielle, et polyculturelle – ce discours récurent sur le cloisonnement, l'absence de communication à l'hôpital ? Paradoxe évident entre l'idylle supposée et le divorce communicant. Mais le plus étonnant c'est que ce paradoxe ne semble déranger personne puisque ce sont grosso modo les mêmes qui tiennent avec aplomb, détermination et même une certaine sincérité, les deux discours ! Il y a pourtant là, pour le moins, dissonance et absence de concordance entre la recherche de pertinence individuelle et la recherche de cohérence collective pour le patient. Un patient qui remarque néanmoins – sans trop pouvoir, savoir ou oser le dire – bien trop souvent l'absence de coordination des activités, de coopération des acteurs. Certes ce patient (lui aussi sur toutes les lèvres l'objet d'une attention – discursive – sans égal) est de fait le centre d'intérêt :

** de tous les électrons qui gravitent autour de lui …mais communiquent selon le modèle de communication atomique dans lequel il faut une énorme énergie pour passer d'un cercle (d'initiés) à l'autre ; et le patient de bien vite se rendre compte que ça ne communique pas entre eux !*

** de toutes les stars qui brillent dans son espace… mais communiquent selon le modèle de communication étoile dans lequel le patient – devient le transmetteur actif et captif d'informations : vous direz à ... ; et le patient un instant flatté d'être acteur de se rendre compte là aussi ou à tout le moins de s'interroger sur le fait que ça ne communique pas entre eux qu'il me faille faire le relais ?*

Juxtaposition, segmentation sont en fait les modèles d'action qui président encore – trop souvent – à la prise en charge … qui n'est donc certainement pas globale ni coordonnée … du point de vue du patient s'entend. N'est-ce pas à partir du patient – qu'il faut se préoccuper de la globalité et de la coordination des actes et activités de sa prise en charge ? N'est-ce pas à partir du patient qu'il faut organiser, tous égos en poche – une communication et une action selon le modèle de communication résiliaire, en réseau, où tout le monde communique avec tout le monde sans exclure le patient.

Mais ce modèle est complexe : il nécessite d'une part un haut niveau de conscientisation et d'acceptation de l'altérité et d'autre part une représentation claire de la sociologie des organisations et des modèles d'actions et de communication.

Excusez-moi l'illustration triviale de cette complexité qui j'espère éveillera votre appétit pour le sujet : si pour découper un rosbif, supposé de structure homogène, il suffit d'une planche et d'un couteau ; par contre pour découper un oeuf, un poisson ou un poulet, de fait de structure hétérogène, il faut non seulement la dite planche et le dit couteau mais il faut aussi maîtriser le modèle d'articulation et d'interaction entre les différents éléments simples les composant.

Alors cette PEGC ne serait-elle qu'incantation ou palilalie ? Ou bien le regard que chacun veut y porter serait-il entaché d'une erreur de parallaxe par manque de recul sur ses propres pratiques et par absence de re-connaissance des pratiques des autres ?*

Cette re-con-naissance nécessite une démarche volontaire de con-naissance et de con-frontation dans la co-ordination des activités, dans la co-opération des acteurs, dénuée de toute recherche et de toute volonté de pouvoir hégémonique.

La guerre des territoires, champs, compétences d'interventions des «Zuns» et des «Zautres» n'en finit pas et se rallume régulièrement… encore tout récemment à propos de la pratiques avancée.

Le langage commun et les culture(s) partagée(s) devraient être l'alpha et l'oméga de l'interprofessionnalité ;

une interprofessionnalité nécessaire et indispensable tant aux bénéficiaires qu'aux dispensateurs bien en deçà et au-delà du pluridisciplinaire qui ne concerne que les multiples savoirs juxtaposés et non communicants ;

une interprofessionnalité dont j'observe avec satisfaction et soulagement, l'ayant appelée de mes vœux depuis la fin des années 70, qu'elle est enfin présente à tout le moins dans les discours et les intentions notamment des plus jeunes générations ;

une interprofessionnalité qui aura d'autant plus de chance de devenir une réalité que les révolutions en cours telles l'intelligence artificielle (IA), l'empowerment patient, amèneront les professionnels, d'une part à une démarche de décentration et, d'autre part, à changer le généreux, mais étouffant paradigme du «patient au cœur» pour un paradigme plus interactif des «professionnels aux cotés».

Souhaitons que, par et pour l'interprofessionnalité, chacun s'autorise dans l'altérité – dissemblance & ressemblance – à rencontrer chacun et tous et ainsi à construire avec les «zuns» comme avec les «zotres» des ponts qui feront passer nos établissements – et l'ensemble des dispositifs de santé – de «châteaux forts» à des «cloisons mobiles».

Version telle que reproduite et parue dans https://managersante.com/2019/02/11/vous-avez-dit-les-maux-des-mots-par-yves-cottret/

Au-delà de cette approche qui augure d'un article sur l'interprofessionnalité, à venir dans un prochain KINESCOPE, qu'en est-il du débat « Prise en Charge » / « Prise en Soins » ? Samir Boudrahem, [Cadre de santé Kinésithérapeute, Master 2 en sciences de l'éducation, PhD en sciences du mouvement & PhD en sociologie, Enseignant et responsable du dispositif de recherche IFMK ISTR UCBL1 Chercheur associé au CMH à l'ENS Paris Membre du programme expairs] nous livre ses réflexions et éclairages.

Prise en charge, prise en soin, accompagnement : quel vocable pour notre profession ?

Lorsque l'on analyse l'expression « prise en charge », deux idées émergent, celle de l'action de « prendre » d'une personne physique ou morale et celle de « charge » qui renvoie au poids, à l'inertie et à l'incapacité intrinsèque d'agir par soi et pour soi-même.

Cette expression de « prise en charge » convenait semble-t-il quand la relation thérapeutique était clairement asymétrique entre les deux protagonistes, le patient d'un côté et l'institution de santé ou ses représentants notamment les médecins, soignants et rééducateurs.

Lorsqu'un malade sollicite une attention médicale et ou paramédicale, il devient dé facto un patient. Le passage du statut de malade à celui de patient installait, et installe encore parfois, la personne concernée dans un statut de passivité.

Le rôle de chacun était connu et admis de tous : le thérapeute soigne et le patient se soumet à l'autorité médicale et ou paramédicale. En effet, ce modèle consensuel décrit par Talcott Parsons (1902-1962) [1] traduit bien le type de relation de subordination entre celui qui souffre et qui cherche à être soulagé - souvent réputé profane - et l'institution médicale représentée par les professionnels de santé détenteurs de certains savoirs.

> Ce vocable de « prise en charge »… aurait l'intérêt de parler à tout le monde y compris aux managers, économistes de la santé …

Ce vocable de « prise en charge » est celui couramment utilisé par les différents acteurs et institutions publiques en France. Il aurait l'intérêt de parler à tout le monde y compris aux managers, économistes de la santé … ; ce qui n'est pas du tout anodin à l'heure où l'expression : « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût » prend tout son sens et où les choix notamment en matière de santé publique sont manifestement impactés par cette dimension budgétaire.

L'emploi de l'expression de prise en charge renvoie ainsi presque inéluctablement à réifier les personnes qui à moment de leur histoire de vie ont besoin de bénéficier d'une attention médicale et ou paramédicale [2]. Quand on parcourt certains documents institutionnels ou que l'on consulte des revues professionnelles ou encore des publications académiques, on

peut aisément s'apercevoir que parfois la personne humaine « disparait » derrière ce qui fait d'elle quelqu'un qui cherche du soutien, du soin, de la part des professionnels de santé à savoir la maladie ou la situation de handicap. Ainsi il ne s'agirait non pas d'interagir avec une personne humaine mais nous dirons, de façon réductrice, avec seulement son problème de santé qu'il soit passager ou chronique et éventuellement ses conséquences.

A l'inverse l'étude du concept de « prise en soins » proposé par Walter Hesbeen [3] permet déjà d'abandonner l'idée pour le moins critiquable qui est de considérer la personne soignée comme une charge qu'il va falloir faire totalement supporter par les acteurs et institutions médicales et ou paramédicales. Et par là même de reconnaitre les potentiels de chaque personne que nous aurions à soigner ou rééduquer.

A l'inverse l'étude du concept de « prise en soins » … permet déjà d'abandonner l'idée pour le moins critiquable qui est de considérer la personne soignée comme une charge qu'il va falloir faire totalement supporter par les acteurs …

En effet, il s'agit d'apporter des soins [4] à quelqu'un qui doit rester dans la mesure du possible l'acteur central de sa santé. Ce concept de « prise en soins » précise bien que les différents acteurs intervenants auprès d'une personne humaine prodiguent des soins afin de favoriser l'affirmation de ses potentiels intrinsèques.

A travers ce concept, ce sont les trois entités bio-psycho-sociales qui sont prises en compte chez la personne soignée et pas seulement la sphère biologique. Ses ressentis, sa manière de vivre ce qui lui arrive …mais aussi ses capacités de penser et d'agir avec ses milieux privé et professionnel sont recherchés analysés et intégrés dans la démarche diagnostique et rééducative.

Enfin, le concept d' «accompagnement» est apparu dans le secteur médico-social. Il était et est mobilisé pour mettre en exergue la dimension de guidance, de conseil de la personne ….

L'utilisation de ce concept de «prise en soins» s'inscrit dans un type de relation qui s'éloigne du modèle paternaliste et qui favorise une forme de partenariat entre les protagonistes soignant-soigné / rééducateur-rééduqué. Dans ce cadre, la personne prise en soins adopte souvent une posture active voire proactive encouragée en cela par les professionnels et les institutions sanitaires mais aussi médico-sociales.

Enfin, le concept d' «accompagnement» [6] est apparu dans le secteur médico-social. Il était et est mobilisé pour mettre en exergue la dimension de guidance, de conseil de la personne ayant besoin d'une aide dispensée par un tiers formé spécifiquement pour accomplir ces tâches ... comme les moniteurs et les éducateurs spécialisés.

Ce concept mériterait d'être convoqué au sein de notre profession notamment lorsqu'il s'agit de personnes rééduquées présentant des situations de handicap ou encore souffrant de maladies chroniques. Pour ces personnes, évoquer le concept d' «accompagnement rééducatif et ou réadaptatif» conviendrait parfaitement car l'objectif à atteindre serait de les autonomiser et de favoriser leur indépendance en les guidant, les conseillant etc..

Ce concept d' «accompagnement» est, me semble-t-il, davantage en phase avec un certain nombre de dispositif, telle que l'éducation thérapeutique[7], imaginés et conçus pour acter et appuyer le fait que ce qui doit être central dans nos interventions masso-kinésithérapiques ce sont les capacités de la personne.

En guise de conclusion, chronologiquement nous sommes partis du concept de «prise en charge» pour peut-être, espérons-le , aboutir à identifier un concept mieux à même de désigner nos pratiques rééducatives et réadaptatives. En attendant, trois concepts sont mobilisés, celui de «prise en charge», celui de «prise en soins» et celui d' «accompagnement rééducatif et réadaptatif». Le premier a vu le jour chez tous les professionnels et chez les financeurs, le deuxième a d'abord vu le jour chez nos collègues infirmiers et le troisième dans le milieu médico-social.

Une des problématiques à laquelle nous devons répondre c'est probablement celle en lien et en harmonie avec l'intention - le pour quoi – de nos interventions et avec la définition de notre profession : actes, soins, missions ? … l'un, l'autre, le troisième ou deux sur trois ou une subtile combinaison des trois ?

Une véritable recherche sur l'utilité sociale et médico-économique de nos modes d'exercices pourrait éclairer ce questionnement et étayer la réflexion itérative sur « profession – métier » qui traverse encore et toujours nombre d'activités notamment celles au service de la société et que nous envisageons d'aborder dans un prochain article dans KINESCOPE.

Samir Boudrahem

Références bibliographiques

[1] T. Parsons, The Social System, New York, Free Press, 1951, p. 428-479.
[2] Weber F., Etre pris en charge sans dépossession de soi ?, ALTER, Elsevier, Vol.6, 2012
[3] Walter Hesbeen https://doi.org/10.1016/B978-2-225-85565-8.X5000-X
[4] https://www.cnrtl.fr/definition/soins
[5] Coulter A. The autonomous patient: Ending paternalism in medical care. London: The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services; 2002.
[6] https://www.cnrtl.fr/definition/accompagnement
[7] Tourette-Turgis C. Savoirs de patients, savoirs de soignants : La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. Pratiques de formation : Analyses. 2010:(58/59):135-51.
[8] https://www.cnrtl.fr/definition/acte

EXPERIENCES RET.. & PART..

RECHERCHE & KINESITHERAPIE SALARIEE

KINESCOPE 14 avait annoncé la poursuite de RETEX (RETours d'EXpériences) & PARTEX (PARTages d'EXpériences) de nos collègues salarié-e-s qui sont engagés dans des pratiques de Clinicien Chercheur. C'est au tour de Karim JAMAL, Kinésithérapeute, Enseignant Chercheur « en Clinique » (KECC), de nous partager son parcours et sa vision de l'émergence - et de la prégnance - de la recherche au sein de l'exercice salarié des kinésithérapeutes.

KINESCOPE : en quelques mots quel est votre parcours initial ?

Kinésithérapeute diplômé en 2008 de l'IFMK de Dijon, j'ai débuté ma carrière en Normandie en centre de rééducation à Granville au CRRRF Le Normandy. Dans mon parcours de clinicien, j'ai essentiellement travaillé en milieu salarial que ce soit en centre de rééducation ou à l'hôpital pour plusieurs raisons.

- Après l'obtention de mon diplôme, je souhaitais intégrer une équipe. Travailler en équipe pluridisciplinaire permet à chaque acteur de la santé (ergothérapeutes, infirmières kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes…) de collaborer dans une optique de vision globale du patient.

> Travailler en équipe pluridisciplinaire permet à chaque acteur de la santé (….) de collaborer dans une optique de vision globale du patient.

- Ce travail en équipe pluridisciplinaire permet également des échanges, des stimulations au profit du patient.
- Un des autres avantages de travailler en milieu salarial est le stade précoce ou aigue de la pathologie ainsi que l'équipement disponible. En début de carrière, je voulais m'abstraire de l'administratif que l'on retrouve en milieu libéral.

Après Granville, j'ai poursuivi à Rennes au Pôle Saint-Helier. Très rapidement, j'ai eu une appétence pour la neurologie. Je me suis orienté dans la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

KINESCOPE : Comment avez-vous débuté de la recherche clinique ?

J'ai découvert la recherche et son fonctionnement avec mon premier projet de recherche en 2011 qui portait sur l'utilisation de la Wiifit, très en vogue à l'époque, sur l'équilibre des patients atteints d'un AVC.

En collaboration avec un médecin et une collègue kinésithérapeute, nous avons monté l'étude jusqu'à la publication dans une revue professionnelle.

A ce stade de ma carrière, je n'avais pas les compétences nécessaires mettre en place des projets de recherche. Mais, j'ai vu dans la recherche la possibilité de répondre à mes nombreuses questions issues de la clinique.

En parallèle de mon activité de clinicien, j'ai très tôt réalisé des interventions en formation initiale. Afin de développer mes compétences en recherche et en pédagogie et à ce stade de ma carrière, on m'a conseillé de me diriger vers un master.

En 2013 j'ai intégré le Master 1 puis le Master 2 en 2014 à l'Université Pierre et Marie Curie, Paris VI. J'ai réalisé mon stage de recherche dans le cadre du Master 2 sous l'encadrement du Pr Isabelle Bonan au sein de son service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) du CHU de Rennes. Le Pr Isabelle Bonan m'a proposé de travailler sur le sujet de la compréhension des mécanismes des troubles de l'équilibre des patients atteints d'un AVC et l'implication des troubles de la cognition spatiale. J'ai réalisé ce stage en parallèle d'une activité clinique au sein de son service de MPR avec le soutien de sa part et de l'ensemble de son équipe.

A la suite de ce stage de Master 2, nous avons discuté de poursuivre ce travail de recherche en thèse de Science. Il y avait la possibilité de poursuivre la recherche sur les mécanismes des troubles de l'équilibre en position debout des patients atteints d'un AVC et également de travailler sur une possible proposition en rééducation qui est l'utilisation des stimulations proprioceptives par vibration musculaire. Grâce à une bourse obtenue de l'Institut des Neurosciences Cliniques de Rennes (INCR), j'ai pu continuer à travailler sur ce sujet sous l'encadrement du Pr Isabelle Bonan et de Mr Armel Cretual (MCU, HDR) et soutenir ma thèse en Janvier 2020. Durant cette thèse, en parallèle de mon travail de recherche, j'ai conservé un temps de clinicien au sein du service et de formateur au sein de l'Institut de Formation en Pédicure-Podologie, Ergothérapie, Masso-Kinésithérapie (IFPEK) de Rennes.

Durant cette thèse, en parallèle de mon travail de recherche, j'ai conservé un temps de clinicien au sein du service et de formateur au sein de l'IFPEK Rennes.

A la suite de cette soutenance, je suis parti au Canada au sein de l'Institut en Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, un centre de réadaptation avec un laboratoire de recherche associé à l'Université de Montréal pour réaliser un stage postdoctoral sous la direction du Pr Cyril Duclos et du Dr Diana Zidarov.

A cette occasion, j'ai pu continuer de développer mes compétences et connaissances sur l'utilisation des vibrations musculaires ainsi que de développer un nouvel axe de recherche sur l'activité physique des patients atteints d'un AVC. Dans le cadre de ce projet, nous travaillions à augmenter le niveau d'activité des patients AVC à l'aide de station

d'activités implanté dans le service que les patients peuvent réaliser en autonomie. Lors de ce stage postdoctoral, j'ai pu aussi découvrir la recherche au Québec où les physiothérapeutes sont déjà intégrés à l'Université. Cette intégration facilite le cursus vers la recherche.

KINESCOPE : Quelle est aujourd'hui votre implication dans le domaine de la recherche clinique ?

Depuis Septembre 2021, je suis revenu en France à Rennes. J'ai intégré un poste de chercheur paramédical au sein du CHU de Rennes et un poste de formateur au sein de l'IFPEK. Mes semaines se composent d'un temps d'enseignement et un temps dédié au développement de la recherche paramédicale.

Dans mon temps d'enseignement, je suis co-responsable des Unités d'enseignement Ue8, Ue27 et Ue28, ce sont des unités d'enseignement en lien avec les méthodes de travail et de recherche en kinésithérapie ainsi que le mémoire d'initiation à la recherche.

Dans mon temps recherche, je poursuis mes différents travaux en collaboration avec l'équipe de Montréal et développe de nouveaux travaux de recherche sur le CHU de Rennes (évaluation de l'équilibre assis des patients AVC, étude des troubles de la locomotion des patients parkinsoniens…).

Une des autres missions dans mon temps recherche est le soutien aux équipes sur les différents projets en cours et le déploiement d'autres projets de recherche.

En effet, depuis septembre 2021, le CHU de Rennes dans un objectif de promotion à la recherche paramédicale (en soin infirmiers, de rééducation et médicotechnique) a mis en place la création d'une équipe d'appui dont je fais partie.

L'objectif de cette équipe paramédicale est de renforcer la performance et le rayonnement de la recherche paramédicale en interne du CHU de Rennes ainsi qu'en extérieur.

A cet effet, le CHU de Rennes a mis en place également une bourse de recherche interne à destination des professionnels paramédicaux.

KINESCOPE : Quels sont les objectifs selon vous de la recherche paramédicale ?

Depuis quelques années, on assiste à une émergence de la recherche paramédicale et notamment en kinésithérapie.

En Kinésithérapie cette émergence de la recherche est confortée et s'appuie sur :

- les Ue d'Initiation à la recherche (Ue 8,27,28) présentes en formation initiale depuis 2015 Les étudiants ont à présent un champ de compétences développé en recherche qui aboutit à une reconnaissance d'un grade Master à la fin de leurs études.

- par la création depuis 2019, d'une nouvelle section du Conseil National des Universités, la **section 91 « sciences de la rééducation et de la réadaptation »** section au sein de laquelle les kinésithérapeutes, entre autres professionnels, notamment disposant de doctorats, peuvent se faire qualifier et ainsi prétendre et/ou candidater à des postes universitaires.

KINESCOPE : Selon vous pour produire des données de recherche un kinésithérapeute doit-il être inclus dans, ou attaché à, une structure universitaire ou au contraire à une structure clinique, ou forcément les deux ?

Avec le soutien des pairs qui ont œuvrés pendant de nombreuses années pour cette émergence, le nombre de kinésithérapeutes avec des doctorats grandit d'année en année. Toutefois, à ce jour peu de postes universitaires ont été créés depuis la naissance de la section 91.

Si pour ma part, je ne pratique plus en tant que clinicien et que mon statut ne se compose plus que d'enseignement et de recherche, il est intéressant dans l'évolution de notre profession de développer différents statuts entre le clinicien et l'universitaire tel que le praticien chercheur ou clinicien chercheur.

Ces postes de « pont » participeront à promouvoir la profession sur le plan de la recherche. Notre profession est encore en évolution et de nouvelles pistes et statuts sont encore à imaginer.

.

Ces postes de « pont » participeront à promouvoir la profession sur le plan de la recherche. Notre profession est encore en évolution et de nouvelles pistes et statuts sont encore à imaginer.

L'ESSENTIEL
Intelligence Artificielle

Ce sujet de l'IA préoccupe depuis 2019 notre Bureau National tant parce qu'il est un sujet d'actualité et prospectif que par le fait plusieurs fois avérés dans nos échanges avec les collègues qu'il ne semble pas être suffisamment anticipé dans les établissements par les dits collègues ou leurs hiérarchies. Crainte, méfiance, … ?
Une STKS, deux sessions aux JNKS 2019 & JNKS 2020, un groupe de travail sont consacrés à ce sujet au sein des activités de l'association aux fins d'affiner la compréhension des enjeux et d'en permettre l'appropriation par les collègues salariés.

Des enjeux qui vont bien au-delà de la «simple mécanisation, puis robotisation voire domotisation» - qui pourraient être très globalement résumés à la mise en œuvre assistée, facilitée, d'une procédure mécanique – car ils touchent aujourd'hui et demain plus encore au fait que la « décision » d'enclencher, arrêter, infléchir, suspendre … la mise en œuvre d'un processus serait « automatique et par-delà ou sans l'intervention humaine. Des enjeux qui par-delà ces aspects fondamentaux «technologiques» et de «décision» posent aussi en amont des questionnements de ressources humaines, de préparation et de formation au «vivre avec l'Intelligence Artificielle» ; vivre en tant qu'humain, que citoyen, que professionnel de santé …avec les enjeux éthiques liés aux algorithmes de l'aide à la décision et de l'aide aux thérapeutiques.

Le Bureau du CNKS s'est saisi d'un Livre Blanc ***(cf.p.28)*** récemment publié et a confié au GT KINESITHERAPIE SALARIEE et IA (*) le soin d'analyser plus avant ce rapport et d'en tirer les éléments transposables ou transférables dont notre organisation pourrait ou devrait se saisir. KINESCOPE s'en fera prochainement l'écho.

(*) Sophie Trichot, Barbara Bonecka, Aurélien Auger

Le think tank « #leplusimportant » a édité en Janvier 2022 un livre blanc sur **l'impact de la transformation numérique des professions de santé** et l'utilité d'en faciliter dès à présent l'usage. A l'aune d'une étude sur 8 professions dites emblématiques, mais dont aucune de la famille de la Rééducation Réadaptation - 20 recommandations sont proposées par ce think tank qui visent à *"Éclairer sur les enjeux de la transition numérique pour les professionnels de santé et proposer des pistes d'action pour mettre cette transition à leur service".*

Vingt propositions articulées en 4 grands axes :

- *«transformer le modèle de recrutement et de formation initiale des professionnels pour les préparer aux profondes mutations induites par les technologies en santé ;*
- *accélérer la transition à large échelle des compétences des professionnels en activité pour faciliter leur adoption et leur maîtrise des technologies ;*
- *placer les professionnels au centre de la transition numérique ;*
- *adapter le pilotage national des professions de santé aux mutations qu'elles vont connaître.».*

Le think tank indique que :

- les innovations technologiques seront à même de dégager un *"potentiel de temps libérable à réinvestir considérable"* (~ 45% en 2030 mais d'impact variable selon les professions précise-t-il).
- *et qu' "a priori aucun des métiers considérés dans l'étude ne va disparaître en tant que tel ou être rendu caduc par les disruptions tech (IA, numérique, robotique)".*

Pour permettre une réelle et suffisamment rapide adoption par les professionnels le think tank estime *"indispensable de définir des politiques publiques permettant de faciliter, dès maintenant, l'adoption des innovations technologiques par les professionnels de santé dans des conditions satisfaisantes et valorisantes pour eux".*

Par ailleurs, corollairement au ressenti du CNKS exprimé en introduction, il préconise d'être particulièrement attentif aux professionnels de santé paramédicaux qui pourraient percevoir l'automatisation comme une dévalorisation et indique qu'il important d'*"'ouvrir vers le haut" le champ de leur activités et de favoriser leur montée en compétences".*

TELECHARGER LE LIVRE BLANC :

Livre Blanc EGTI TechSantéRH 20 propositions - 12janv2022.docx (leplusimportant.org)

Vous êtes intéressé(e) par ce sujet ?
vous êtes adhérent(e) membre correspondant et vous souhaitez pourvoir vous joindre, participer (par visio-conférence) au Groupe de Travail ? c'est possible sur simple demande par mail à contact.cnks@gmail.com

La vie de l'asso° L'ESSENTIEL

ENQUETES 2022

entre le 1er FEVRIER et le 15 AVRIL
plusieurs enquêtes seront diffusées

on compte sur vous

pour y participer & pour les relayer

au sein des hôpitaux, des SSR, et des EMS

afin que les résultats, et les propositions

qui pourront en découler traduisent bien

les avis, les envies et les attentes
du plus grand nombre de MKs Salariés

Ensemble réalisons les chantiers et travaux utiles et indispensables à la kinésithérapie salariée

Lu pour nous L'ESSENTIEL

Apocalypse cognitive
Gérald Bronner
PUF, Janvier 2021,

« Nous vivons une époque formidable ! Mais… pourquoi les gens intelligents croient-ils à des idées folles ? Comment le numérique retire le voile de notre cognitif caché ? »

Ainsi débute l' « Apocalypse cognitive », essai de Gérald Bronner, sociologue et spécialiste des biais cognitifs et des croyances. Ici l'apocalypse est prise au sens étymologique du terme, c'est à dire l'action de révéler, de découvrir et de dévoiler.

Gérald Bronner décrit la révolution numérique comme un grand progrès humain nous permettant un accès privilégié à la connaissance. Avec quelques clics, Homo Sapiens contemporain accède aux savoirs et économise du temps de pensée réflexive, grâce aux progrès techniques et l'intelligence artificielle.

Mais ce nouveau temps est caractérisé par un déferlement d'informations qui génèrent en nous des intuitions erronées. 90 % des informations disponibles dans le monde ont été rédigé dans les deux dernières années dans une cacophonie informationnelle qui trouble notre attention.

Internet et les réseaux sociaux - outils formidables aux usages parfois forts minables - contribuent à offrir à l'utilisateur, non pas une expérience d'objectivité mais un « marché cognitif ». Ce marché cherche à capter et maintenir notre attention non pas avec la recherche de la vérité mais avec la recherche du plaisir.

Qui n'a pas passé de longues minutes à « scroller* » sur sa « Time Line** » ? Quel algorithme nous garde ainsi captivé par l'écran ?

En référant à de nombreux travaux scientifiques des sciences humaines et sociales et des neurosciences, l'auteur nous invite à cultiver le discernement face à l'augmentation exponentielle de l'information qui pourrait nous enfermer.

Gérald Bronner observe que les débats ne sont plus gouvernés par le scientifique et le discernement mais par l'ignorance, les mythes et les clivages générés par ces algorithmes numériques.

Les « clashs » numériques sur la santé publique, sur les thèses complotistes, sur les pratiques professionnelles fleurissent sur les réseaux sociaux à grand renfort de hashtag***.

Les opinions s'affrontent et s'opposent radicalement car elles deviennent « insulaires » : L'homme des écrans ne serait plus en mesure de construire des ponts entre les idées – îles. Il est plus facile de supprimer ou de « troller**** » des interlocuteurs qui ne « likent*****» pas que de débattre.

Il nous est difficile de nous extraire de la fascination et du plaisir que procurent les écrans. La notion de dissonance cognitive explique cette appétence rassurante à rechercher uniquement l'information qui confirme nos opinions et croyances et la difficulté d'être confrontés à la contradiction.

L'auteur nous invite à «domestiquer l'empire de ses intuitions étonnées» par une éducation à la pensée critique. Une recommandation d'une actualité troublante et confrontante.

Pierre-Henri Haller

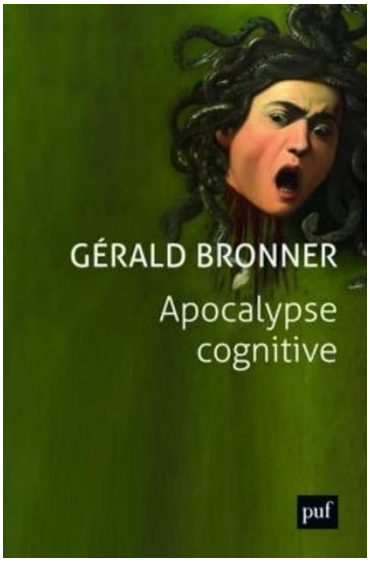
**** scroller, anglicisme du verbe to scroll : faire défiler un contenu numérique sur un téléphone ou une tablette***

***** TimeLine, (abréviation TL) anglicisme, littéralement ligne temporelle : publications continues et infinies des réseaux sociaux au fil du temps***

****** hashtag, anglicisme, littéralement mot dièse : symbole dièse (#) suivi d'un mot clé permettant un référencement et parfois utilisé comme un slogan***

******* troller, verbe issu de troll argot internet : polluer intentionnellement des forums ou des réseaux sociaux par des commentaires provocateurs***

******** liker, anglicisme du verbe to like, aimer : action d'apprécier numérique un contenu, par exemple avec un émoticône pouce levé ou cœur***



EXTRAITS

« La situation est inédite. Jamais, dans l'histoire de l'humanité, nous n'avons disposé d'autant d'informations et jamais nous n'avons eu autant de temps libre pour y puiser loisir et connaissance du monde. Nos prédécesseurs en avaient rêvé : la science et la technologie libéreraient l'humanité. Mais ce rêve risque désormais de tourner au cauchemar. Le déferlement d'informations a entraîné une concurrence généralisée de toutes les idées, une dérégulation du « marché cognitif » qui a une fâcheuse conséquence : capter, souvent pour le pire, le précieux trésor de notre attention. Nos esprits subissent l'envoûtement des écrans et s'abandonnent aux mille visages de la déraison.

Victime d'un pillage en règle, notre esprit est au cœur d'un enjeu dont dépend notre avenir. Ce contexte inquiétant dévoile certaines des aspirations profondes de l'humanité. L'heure de la confrontation avec notre propre nature aurait-elle sonné ? De la façon dont nous réagirons dépendront les possibilités d'échapper à ce qu'il faut bien appeler une menace civilisationnelle. »

(…)

Nous avons tous participé un jour ou l'autre à un cocktail, pour célébrer un anniversaire, le départ en retraite d'un collègue ou simplement à l'occasion d'un mariage. Même lorsque l'acoustique du lieu est bonne, ces réunions produisent un brouhaha permanent. Pourtant – et c'est une caractéristique du cerveau humain que les machines ne savent pas encore imiter –, nous sommes capables d'avoir une conversation intelligible car malgré ce brouhaha, nous parvenons à sélectionner et comprendre les paroles de notre interlocuteur. Notre cerveau distingue naturellement le bon grain de l'ivraie.

Ce faisant, nous avons l'impression que nous sommes entièrement absorbés par nos échanges. Pourtant, à quelques mètres de là, une personne que nous ne connaissons pas prononce notre prénom et voilà que sa voix surgit clairement du brouhaha. Quelque chose dans notre cerveau nous a averti qu'une information dans cet amas confus de phonèmes méritait d'être traitée consciemment.

Cet effet, que l'on nomme l'effet cocktail, a été étudié pour la première fois en 1953 par Colin Cherry, un spécialiste de la cognition de l'Imperial College de Londres. Pour le tester expérimentalement, il imagine un dispositif où les sujets sont équipés d'un casque et reçoivent des messages différents dans chaque oreille. Comme Cherry le montre, ceux-ci sont capables à la demande de focaliser leur attention sur un seul de ces messages. Il leur semble alors qu'ils n'ont rien retenu, ni même entendu de l'autre message, mais en vérité ils sont capables, par exemple, de répondre à la question de savoir s'il était délivré par un homme ou une femme. Les travaux de Cherry ont inauguré un travail de recherche très fécond sur les phénomènes d'attention et sur notre capacité à utiliser des filtres informationnels.

Nous pouvons extraire volontairement une source d'un environnement bruyant et traiter préférentiellement les informations provenant de cette source. Le reste est considéré, consciemment au moins, comme du bruit. Pourtant, comme je viens de le suggérer, certains éléments vont transformer ce bruit en événement, c'est-à-dire en fait significatif, en deçà de notre volonté. En d'autres termes, ils vont s'imposer au traitement conscient de l'information sans que nous le décidions. Et ce n'est pas un fait anodin, car le traitement conscient d'une information ne se fait pas sans coût pour notre cerveau.

La plupart des informations que nous traitons le sont inconsciemment. Dans ce cas, seules quelques aires postérieures s'activent, mais dès lors que l'information s'impose à notre espace conscient, alors les zones corticales impliquées sont plus vastes. Le cortex fronto-pariétal cingulaire, en particulier, est convoqué dans le traitement conscient et cela ne se fait pas sans coût énergétique. (…)

https://theconversation.com/bonnes-feuilles-apocalypse-cognitive-155247

Kinéscope

La lettre
& l'Esprit du CNKS

cnks

Vecteur d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés

KINESCOPE,

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

Saluons la kinésithérapie salariée !

en SSR, en Médico-social ou Hospitalier, un formidable métier !

Engagement & participation au CNKS
de chacune et chacun d'entre vous sont utiles, nécessaires
et indispensables à la reconnaissance et valorisation de notre métier.

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

Adhésion 2022
Lien + [clic + ctrl]

Devenez adhérent :

- soit membre abonné ……
- soit membre correspondant ……

https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2022-3

KALEÏDOSCOPE *Evènements*

A VOS AGENDAS

VISIO-CONFERENCES STKS

MK salariée & …

STKS 5 ***Jeudi 17 mars 2022 18 h 30***

…. MK en PRATIQUE AVANCEE

STKS 6 ***Jeudi 09 juin 2022 18 h 30***

…READAPTATION

… & PROFESSIONS ALLIEES

JNKS REIMS 2022

Journées Nationales de la kinésithérapie salariée

Jeudi 22 & vendredi 23 septembre 2022 *

« Pratiques Professionnelles & …. »

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