Kinés

La lettre & L'Esprit du CNKS
Une publication du Collège National de l

Solidarité aux populations

et aux hospitaliers ukrainiens

n° 17
mars 2022

KINESITHERAPIE SALARIEE
THERAPEUTE SALARIE

Profession &/ou Métier ?

Kinésithérapeute salarié(e) &...

Personne Âgée I. A.

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

Solidarité aux populations et aux hospitaliers ukrainiens

cnks
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Apostille

Si tu veux construire un bateau ne donne pas des ordres aux femmes et aux hommes qui t'entourent mais fais plutôt naître dans leur cœur le désir de la mer.
Antoine de Saint-Exupéry

SOMMAIRE

- **PERISCOPE** *p.2*
- **LES MAUX DES MOTS**
  Profession-Métier *p.4 à 22*
- **MK SALARIEE &**
  Recherche *p.23 à 24*
  Médico-Social *p.25 à 28*
  Expertise & Interpro. *p.2 9à 33*

Plan anti-chute Personnes Agées *p.34 à 38*

L'ESSENTIEL :
Intel. Artificielle *p.39 à 43*
- **BREVES ACTU** *p.44*

- **Vie Associative** *p.45*
- **Lu pour nous**
  L'art de l'équilibre *p.46 à 47*
- L'Education et le beau *p.48 à 50*
- **Agendas** *p.51 à 52*

Directeur de publication :
Pierre-Henri Haller

Rédacteurs en chef :
Olivier Saltarelli & Yves Cottret

Comité de rédaction :
Valérie Corre, Christophe Dinet, Andrée Gibelin, Véronique Grattard, Julien Grouès, Valérie Martel

Photos et images libres de droit ou DR

Périscope

A propos de prudence et de « juste mesure » …

Arbitrer entre deux maux, choisir entre deux mots, privilégier un traitement plutôt qu'un autre, préférer une décision plutôt qu'une autre, ce n'est pas tracer un trait au milieu, à équidistance des deux options.

C'est (s') équilibrer, entre Charybde et Scylla, entre le savoir absolu et l'incertitude chaotique, entre l'excès et le défaut.

C'est opérer un débat intime aux conséquences collectives.

C'est être et agir proportionné, comme le rappellent sur le fronton des temples grecs les expressions « Rien de trop », « La mesure est la meilleure des choses », et « Connais-toi toi-même ».

La prudence * « phronèsis » n'est ni un immobilisme ni une fuite en avant qui empêche l'action raisonnée. Elle se situe à mi-chemin entre l'opportunité et le risque. La prudence pourrait être un enjeu central de notre temps. Qualifiée de « sotte vertue » par Voltaire, elle semble malgré cela, intéresser les philosophies de l'antiquité, « amis de la sagesse » et les penseurs d'aujourd'hui dans un monde incertain et complexe.

Pour agir, cette sagesse pratique se construit par **l'appréciation** du pour et du contre - entre le bénéficie et le risque, sur la ligne de crête comme sur la vague, - par **la juste mesure**, entre l'excès et le défaut, et par **le moment opportun** « kairos » pour la décision. Choisir le moment opportun c'est une habilité concrète, c'est « **l'art de l'équilibre** », nécessitant de « sortir les rames » ou de « changer de cap » par ruse « métis ». Le revers de la ruse est l'opportunisme ou l'immobilisme, qui devraient être questionnés par l'éthique. En effet, la prudence est une obligation et une responsabilité face aux conséquences de nos actes…

Cette sagesse pratique devrait être l'essence des femmes et des hommes, de celles et ceux qui dirigent, de celles et ceux qui agissent et de celles et ceux qui soignent.

Puissions-nous, en ces temps troublés convoquer prudence et juste mesure pour une « vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » **

Pierre Henri Haller
Président

*** D'après Aubenque, 1963, cité par Kleltz-Drapeau, 2012.**
**** Ricœur, 1995.**

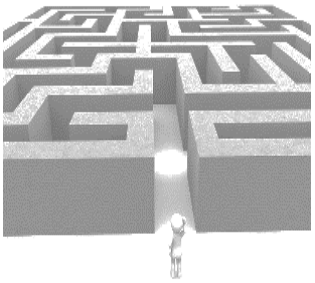
Engagez vous, Impliquez vous, Soutenez le CNKS !

Devenez adhérent associatif membre abonné ou membre correspondant

Adhésion 2022 : lien + [clic + ctrl]

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

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), autonomie-indépendance, fonction-mission, décret de compétences-décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession, métier-profession, garde-astreinte, emploi-grade, …

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 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.

KINE …

Métier & / ou Profession ? *

Aucune hésitation !

Et ce depuis l'origine, sur le plan juridique
c'est bien la **loi 46-557 du 30 avril 1946** tendant à réglementer
l'exercice des professions de masseur gymnaste médical
et de pédicure podologue
parue au JO n°102
du 1er mai 1946
qui créé légalement,
la **profession**
de **Masseur Kinésithérapeute**

Soixante-dix-huitième année. — N° 102. Le Numéro : 4 francs. Mercredi 1er Mai 1946.

JOURNAL OFFICIEL
DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

LOIS ET DÉCRETS
ARRÊTÉS, CIRCULAIRES, AVIS, COMMUNICATIONS, INFORMATIONS ET ANNONCES

dans son titre 1er art.1er : « - Réserve faite des dérogations prévues à l'article 5, **nul ne peut exercer la profession de masseur kinésithérapeute** c'est-à-dire pratiquer ……. »

Pour autant …

(*) sujet déjà abordé à retrouver sur le site cnks.org
dans le supplément L'ESSENTIEL de KINESCOPE n°8 de DECEMBRE 2020

LOI n° 46-855 du 30 avril 1946 tendant à réduire les délais de présomption de décès des personnes disparues pendant la guerre.

L'Assemblée nationale constituante a adopté,

Le Président du Gouvernement provisoire de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Le dernier alinéa de l'article 90 du code civil est remplacé par les suivants :

« Lorsqu'un Français mobilisé, prisonnier de guerre, réfugié, déporté ou interné politique, membre des forces françaises libres ou des forces françaises de l'intérieur, requis du service du travail obligatoire ou réfractaire, aura, en France ou hors de France, dans la période comprise entre le 3 septembre 1939 et le 1er juillet 1946, cessé de paraître au lieu de son domicile ou de sa résidence sans qu'on ait eu de ses nouvelles à la date précitée du 1er juillet 1946, toutes personnes intéressées pourront se pourvoir devant le tribunal de son domicile ou de sa dernière résidence afin de faire prononcer judiciairement son décès suivant les formes et conformément aux dispositions du présent article, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure de présomption de décès prévue aux articles 87 et 89.

« Le conjoint du disparu dont le décès aura été ainsi déclaré judiciairement ne pourra contracter un nouveau mariage avant l'expiration du délai d'un an à partir du jugement déclaratif de décès ».

La présente loi, délibérée et adoptée par l'Assemblée nationale constituante, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 30 avril 1946.

FÉLIX GOUIN.

Par le Président du Gouvernement provisoire de la République :

Le ministre des anciens combattants et victimes de la guerre,
LAURENT CASANOVA.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
PIERRE-HENRI TEITGEN.

Le ministre des armées,
E. MICHELET.

LOI n° 46-856 du 30 avril 1946 tendant à créer un insigne spécial pour les mères, les veuves et les veufs des « Morts pour la France ».

L'Assemblée nationale constituante a adopté,

Le Président du Gouvernement provisoire de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Il est créé un insigne spécial pour les mères, les veuves et les veufs des « Morts pour la France » en témoignage de reconnaissance de la nation française.

Art. 2. — Auront droit au port de cet insigne les mères, les veuves et les veufs dont le livret de famille portera à la suite de la date de décès de leur enfant, de leur époux ou de leur épouse la mention « Mort pour la France ».

Art. 3. — Cet insigne sera solennellement remis, le jour de la fête des mères, aux mères veuves ou veufs qui en auront fait préalablement la demande à la mairie de leur commune et après avis favorable.

Art. 4. — Un décret interviendra ultérieurement pour déterminer les caractéristiques et le choix de cet insigne.

La présente loi, délibérée et adoptée par l'Assemblée nationale constituante, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 30 avril 1946.

FÉLIX GOUIN.

Par le Président du Gouvernement provisoire de la République :

Le ministre des anciens combattants et des victimes de la guerre,
LAURENT CASANOVA

Le ministre de l'intérieur,
ANDRÉ LE TROQUER.

LOI n° 46-857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure.

L'Assemblée nationale constituante a adopté,

Le Président du Gouvernement provisoire de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

Masseurs kinésithérapeutes.

Art. 1er. — Réserve faite des dérogations prévues à l'article 5, nul ne peut exercer la profession de masseur kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est Français et muni du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale.

Art. 2. — Il est créé un diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute qui sera délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme seront fixés par décret du ministre de la santé publique. Des modalités particulières seront prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des conditions équivalentes à celles des voyants.

Ce diplôme sera délivré par équivalence aux titulaires du brevet de capacité d'infirmier masseur ou d'infirmière masseuse aveugle établi en application du décret du 27 juin 1922 ou de celui de masseur médical institué par le décret du 9 février 1944, aux masseurs définitivement autorisés à exercer la massothérapie conformément à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1943 ainsi qu'aux gymnastes médicaux munis d'un diplôme d'Etat d'éducation physique et justifiant de huit années d'exercice.

Art. 3. — Seules les personnes munies du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi pourront porter les titres de masseur kinésithérapeute, de gymnaste médical ou de masseur, accompagnés ou non d'un qualificatif.

Art. 4. — Il est créé au ministère de la santé publique un conseil supérieur de la kinésithérapie, composé en nombre égal de représentants de l'administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale et de masseurs kinésithérapeutes. Ce conseil est chargé de donner son avis sur toutes les questions intéressant la formation et l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute. Les membres sont nommés pour trois ans par arrêté du ministre de la santé publique.

Art. 5. — Les personnes qui exerceraient la profession de masseur kinésithérapeute sans remplir les conditions fixées ci-dessus devront cesser leur activité dans les deux ans qui suivront la promulgation de la présente loi.

Toutefois, celles qui exerçaient le massage médical ou la gymnastique médicale depuis trois années lors de la publication de la présente loi peuvent être autorisées définitivement à continuer leur activité suivant les modalités fixées par arrêté du ministre de la santé publique.

Elles doivent, si elles ne l'ont déjà fait, déposer leur demande à la préfecture de leur résidence dans les trois mois à dater de la publication de la présente loi. Mention des autorisations doit être portée sur un registre spécial déposé à la préfecture.

TITRE II

Pédicures.

Art. 6. — Nul ne peut exercer la profession de pédicure et porter le titre de pédicure, accompagné ou non d'un qualificatif, s'il n'est Français et muni du diplôme d'Etat institué par l'article 8 de la présente loi.

Art. 7. — Seuls les pédicures auront qualité pour traiter directement les affections épidermiques (couches cornées) et unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion du sang.

Ils ont également seule qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques.

Sur ordonnance et sous contrôle médicaux, les pédicures pourront traiter les cas pathologiques de leur domaine (hygromas, onyxis, etc., soins pré et postopératoires).

Art. 8. — Il est créé un diplôme d'Etat de pédicure qui sera délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme seront fixés par décret du ministre de la santé publique.

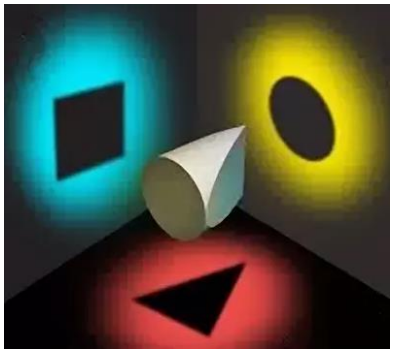
Des diplômes d'équivalence pourront être délivrés selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la santé publique.

Art. 9. — Il est créé au ministère de la santé publique un conseil supérieur de la

A ce jour, après plusieurs modifications depuis 1946, la définition en vigueur de la profession de Masseur Kinésithérapeute et de la **pratique** (de l'activité) **de la masso-kinésithérapie** - telle qu'inscrite au sein du Code de la Santé Publique dans sa quatrième partie consacrée aux Professions de santé et dont le livre III est réservé aux Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture,…(Articles L4301-1 à L4394-4), **est la suivante** :

Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue
Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute. (Articles L4321-1 à L4321-22)
Article L4321-1 Modifié par LOI n°2022-296 du 2 mars 2022 - art. 4

La **pratique de la masso-kinésithérapie** comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :
1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.
Le **masseur-kinésithérapeute** peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.
Le **masseur-kinésithérapeute** exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.
Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.
Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.
La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.
Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé, dont les substituts nicotiniques, nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces produits de santé est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.
Le masseur-kinésithérapeute peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret.
En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

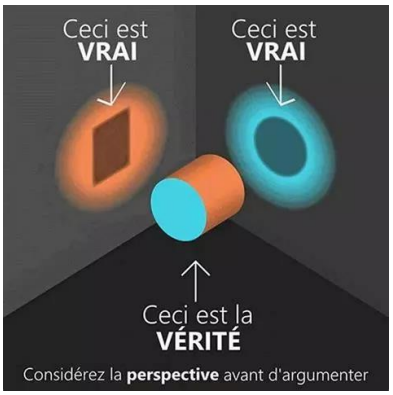


…Pour autant

l'usage des deux mots,
en distinguant activité et acteur,
est juste, est vrai et fait aussi sens.

Pour autant …

ce qui est vrai pour l'un,
ou ce qui est vrai pour l'autre,
constitue-t-il à lui seul la réalité ?
ou révèlent-ils ensemble la vérité ?



« Métier », « Profession »,
deux termes qui n'en finissent pas d'être utilisés l'un pour l'autre …

…pour éviter la répétition, l'emphase, ou la redondance, voire par simple méconnaissance de leur distinction. Comme le suggèrent les tendances des enquêtes flash auprès de professionnels salariés (cf. page 9) et auprès de formateurs et d'étudiants (cf.page 20) nombreux hésitent entre profession et métier pour désigner la kinésithérapie et les kinésithérapeutes.

« Métier », « Profession », deux termes qui n'en finissent pas d'être utilisés l'un pour l'autre …

.. par défaut d'être distingués, parfois par stratégie voire rhétorique ou idéologie. Les avancées scientifiques de la profession, la rigueur réflexive, la structuration d'une délégation consulaire, l'évidence base practice, la nouvelle définition de la profession, l'accès à la téléconsultation, la délivrance du grade Master concomitamment au DE, les autorisations de prescriptions et d'exercice de l'art sans prescription médicale (expérimental) successives … constituent de justes évolutions indiscutables et indispensables.

Ces avancées professionnelles ne doivent pas ignorer les métiers - « pratiques, contextualisées » -, ces activités concrètes et leurs réalités pragmatiques.

Pour penser la profession il convient de parler et faire parler la clinique « klinê » du métier / des métiers : ce qui se dit, ce qui se fait, ce qui se passe au chevet du patient.

« Métier », « Profession », deux termes qui n'en finissent pas d'être utilisés l'un pour l'autre …

… l'un à l'exclusion de l'autre sans forcément s'être interrogés sur cette dilution de l'un d'ans l'autre, de cette subrogation de l'un par l'autre

Le CNKS se félicite des avancées collectives de la profession mais rappelle que le cœur de métier reste la rencontre clinique et l'accompagnement éducatif du patient fragile et vulnérable, en situation de handicap. En nous éloignant du patient par le « handsOff », « diagnostiqueur prescripteur », ne risquons-nous pas d'héminégliger l'essence même du métier, ces réalités concrètes signes visibles - et lisibles – de notre utilité sociale et médico-économique ?

Promouvoir la profession et ses métiers, c'est agir collectivement pour être identifié, connu et reconnu comme auteur ET acteur des politiques de santé publique

Un sujet en débat ?
Une question en suspens ?

A l'instar du questionnaire rapporté dans l'article à la signature de Noémie Taurand (cf. page 20) KINESCOPE a mené entre le 1er mars et le 4 mars 2022 une enquête flash auprès de 58 kinésithérapeutes salarié-e-s dont 15 exerçant dans un CHU (Centre Est), 23 exerçant dans trois CH et 1 SSR public (Centre-Est, Sud-Ouest, Nord-Ouest et Ouest), et 20 exerçant dans 2 SSR privés à but non lucratif (Sud et Est).

Elles et ils devaient, de façon spontanée, répondre aux 4 questions suivantes :

- Kinésithérapie : profession ? métier ? les deux ?
- Kinésithérapeute : profession ? métier ? les deux ?
- Kinésithérapie salariée : profession ? métier ? les deux ?
- Kinésithérapeute salarié : profession ? métier ? les deux ?

	PROFESSION	METIER	LES DEUX	Autre ??? : statut, domaine
KINESITHERAPIE ?	15	14	27	2
	25,86%	24,14%	46,55%	3,45%
KINESITHERAPEUTE ?	15	17	26	
	25,86 %	29,31 %	44,83 %	
KINESITHERAPIE SALARIEE ?	16	11	29	2
	27,59 %	18,97 %	50,00 %	3,45 %
KINESITHERAPEUTE SALARIE ?	14	25	19	
	24,14 %	43,10 %	32,76 %	

Et pour une équipe de 3 mk salariés d'un IEM dans l'Ouest la profession c'est plutôt le corps de personnes Kinésithérapeutes alors que le métier correspond à l'exercice. Pour le kinésithérapeute salarié : évocation de la fiche de poste et des projets institutionnels.

Ces résultats bruts sur un modeste échantillon méritent une analyse plus poussée par le GT APPOCT et un « complément d'enquête » pour éclairer notamment le fort attrait sur la réponse « les deux » qui soit signe une représentation clairement duelle de l'acteur (**le** MK) comme de l'activité (**la** MK et **la** MKS) soit se révèle valeur refuge en l'absence d'avis tranché ;

A noter une - un peu moins - forte, mais quand même en tête, appétence pour se positionner sur le fait que **le MK Salarié** est un métier (bien sûr en « déclinaison » mode d'exercice de la profession).

En conclusions provisoires : un sujet à approfondir !

- un dossier « l'Essentiel » évolutif est prévu ;
- le sujet sera abordé lors des JNKS ;
- il mériterait une attention particulière des formateurs de formation initiale.

Métier(s) et Profession(s) : au-delà des définitions, une lecture plurielle du travail

Profession et métier sont souvent utilisé comme des synonymes dans le langage courant. Pour autant deux définitions de la notion de profession s'opposent nécessitant une tentative de clarification.

« *Les héritages de mots sont aussi des héritages d'idée* » Olivier Schwartz

En sociologie, la première approche des professions est issue du courant fonctionnaliste anglo-saxon. Cette définition réfère à sens anglais du mot Profession, dont la traduction en français ne désigne pas le même champ. En anglais, le terme profession peut désigner tous les activités et métiers. Prenant exemple sur le traité d'Hippocrate, Parsons (1951) indique que la profession médicale s'est structurée par un recueil de **savoirs** et de **pratiques**, permettant **d'expliciter** et de **transmettre** des compétences. Ainsi, dans un usage restreint le terme de profession s'appliquerait, pour les fonctionnalistes, à des acteurs disposant d'un haut niveau scientifique acquis en formation, la notion de profession conférant à un groupe une autonomie et un savoir délivré dans une formation dédiée qui le distinguerait socialement.
Dans cette perspective fonctionnaliste de nombreux métiers ne seraient pas des professions.

À partir des années 60 aux États-Unis le courant interactionniste est revenu sur ce concept de profession en l'assimilant au langage courant - « folk concept » H. Becker 1962 -. La critique dénonce l'écart artificiel opéré par les fonctionnalistes entre les métiers et les professions, qui ne tiendrait compte que d'une réalité observable du travail. Les interactionnistes mobilisent les mêmes savoirs et méthodes pour chacune des activités sans distinction.

Ainsi l'ambiguïté profession / métier pourrait constituer un héritage de traductions qui référent à de deux courants de pensée très opposés.

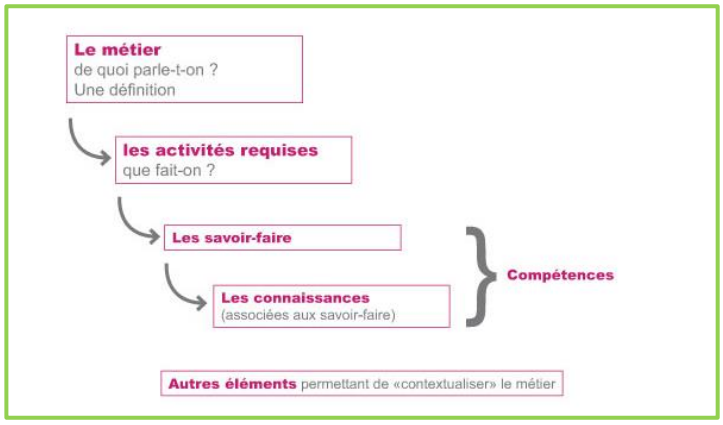
Aujourd'hui la sociologie utilise préférentiellement la notion de profession dans les productions scientifiques centrées sur le travail. Par convention sémantique, profession pourrait - avec un sens restreint - caractériser un groupe constitué, disposant d'un haut niveau d'études, d'une certaine autonomie et d'un statut social. Les métiers pourraient désigner des activités professionnelles ou des occupations.

Par ailleurs, la notion de « petit » métier est caractérisée par des tâches subalternes voire dégradantes « dirty work ». Il s'agit de métiers de « ménage », de « transport » de « sécurité » ou « d'aide à la personne », [par exemple qualifiés de « deuxième ligne » lors de la crise sanitaire CoVid-19], inscrits dans une stratification sociale, une invisibilité, et souffrant d'un défaut de reconnaissance. (Champy, 2009).

Ainsi le Masseur-kinésithérapeute, à l'instar des auxiliaires médicaux, est un professionnel au sens du code de la santé publique et -au sens restreint- par son niveau d'étude son exercice réglementé en termes d'autorisation et son d'autonomie de pratiques. La diversité des modes d'activité et d'exercice s'inscrivant dans des diversités de métiers au sein d'une profession, les activités et occupations des kinésithérapeutes salariés peuvent être désigné comme le métier salarié au sens de la profession.

Plus largement et plus spécifiquement pour l'exercice salarié

- Dans le cadre de la Fonction Publique Hospitalière, un répertoire décrit l'ensemble des métiers en terme d'activités requérant des compétences (connaissances et savoirs faire en situation). Ces référentiels d'activité ont permis de redéfinir les référentiels de formation lors des réingénieries des diplômes et facilite la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) en établissements de santé.
- Dans le cadre de la Convention Collective FEHAP (secteur privé à but non lucratif) qui s'applique à 280 000 salariés dans plus de 100 métiers différents et complémentaires c'est un catalogue « au cœur des métiers » décliné en métiers médicaux, métiers paramédicaux et du soin, métiers de l'accompagnement social …….



d'après http://metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr

Faire kiné(sithérapeute) ?
Être kiné(sithérapeute) ?

Dans le langage courant, « faire kiné » renvoie à « entrer » en formation de kinésithérapie. L'étudiant « fait kinésithérapie » pour « devenir / être » kinésithérapeute. Ainsi l'activité se distingue de la personne qui l'agit.

Devenir un acteur social procède d'une construction identitaire. C'est un processus de professionnalisation qui relève aussi bien connaissances et de savoirs intraprofessionnels que de socialisation interprofessionnelle. Comme le soulignait Signeyrole (2007), le savoir et l'organisation des savoirs se construit selon l'intention des acteurs en termes de profession.

« Il n'y a pas de formation sans savoirs, ni de formation sans une façon d'organiser l'enseignement des savoirs. Paradoxalement les savoirs enseignés sont parfois absents des débats sur la formation des kinésithérapeutes, parce qu'il s'agit de formation professionnelle. L'émancipation des kinésithérapeutes, profession d'auxiliaire, contrainte, devrait émerger dans une base commune et fondatrice de savoirs mis à disposition des formés. Mais il n'existe pas actuellement de garantie d'harmonisation de ces savoirs. En l'absence de socle consensuel, le message de formation est dépendant de l'organisation des savoirs, de leur didactique, du niveau d'exigence hétérogène et du niveau hétérogène des formations puisque aucune contrainte n'existe en termes de production de connaissance ou de travaux de recherche pour enseigner. La question de ce niveau d'exigence et de la progression au long de cycle d'étude détermine l'exigence et les usages. Concernant les savoirs, les contenus sont liés à l' « idée » que l'on se fait d'une profession, par exemple en termes d'applicateurs ou de concepteurs. Au delà des savoirs sur la maladie et ses effets, et la maîtrise des techniques et des approches, savoirs biomédicaux nécessaires mais insuffisants, la kinésithérapie est constituée de savoirs métissés, qui s'intéressent à une manière particulière d'envisager le corps du patient et son altération et le sien de thérapeute soignant. Ces savoirs, au-delà des initiatives isolées, des enjeux et des démonstrations, pourraient être réfléchis dans le calme et le temps au sein d'un conservatoire. » **Signeyrole, 2007**

Une intention professionnelle du « faire », dans une pratique directe, empreinte de toucher d'altérité et… ou… une intention de « faire faire », d'organiser, de planifier de construire à distance. Sommes-nous artisans ? artistes ? techniciens ? ingénieurs ?…Devenons-nous artisans ? artistes ? techniciens ? ingénieurs ?…

Une nécessaire lecture plurielle de l' «activité» de kinésithérapie et de l'«agir» des kinésithérapeutes

Le parcours de formation entre savoirs et pratiques, par l'expérience et par la socialisation, s'observe dans les formations dites professionnelles caractérisées par l'alternance. Dans les métiers d'art, d'artisanat ou du gout, les apprentis compagnons réalisent un tour de France des maitres respectés, garants de l'expertise et la transmission des savoirs et savoirs-faire. La réalisation d'un chef-d'œuvre clôture ce long apprentissage. A l'issue de son initiation, « faire » un chef d'œuvre permet d' « être » maitre d'œuvre.

La distinction grecque entre *poesis* et *praxis* donne un éclairage sur le faire et l'être.
La *poesis* est une création, notamment d'œuvre d'art, nécessitant la technique « *tekne* » .

Pour Massiot (2007) la technique du kinésithérapeute est constituée de trois éléments : la main, l'outil le cerveau.
« Le cerveau, la main, l'outil : aucun de ces trois éléments n'a de sens pour participer au développement de l'humain en restant isolé des autres.

Le cerveau seul, assemblage de neurones tournant de façon isolée, ne se développe pas au-delà de sa base génétique. C'est son interaction avec le monde extérieur qui fera émerger une organisation de circuits neuronaux orientés vers une fonction.

Dans la kinésithérapie, la main constitue une place majeure dans l'interaction avec le monde extérieur et même avec le monde intérieur du patient, le plus souvent inaccessible autrement.

Se développe alors une intelligence du métier à même de proposer des solutions adaptées au patient pour lui permettre de répondre aux situations rencontrées et développer son autonomie et qu'on pourrait appeler « Intelligence kinésithérapique ». La mise en œuvre de cette intelligence participe au développement du professionnalisme. » **Massiot, 2007.**

La *praxis* s'oppose à *gnosis*, c'est à dire la connaissance et la théorie. La *praxis* est une étape essentielle du développement de la connaissance en confrontant l'abstraction avec la réalité. La praxis est action pratique avec une intention concrète, mais diffère de la *poesis* en l'absence de production. Dans la rencontre avec l'autre, il « se passe » quelque chose qui n'est pas visible….

Pour Freud (1937) gouverner, enseigner et soigner constituent des « métiers impossibles », voués à l'échec, à la désillusion et à l'impuissance. Ces trois métiers de terrain, d'action et de dialogue nous invitent à l'humilité, à la subjectivité clinique et à la boussole éthique (Cifali, 1999).

Maille (2017) rappelle que le kinésithérapeute utilise leur praxie - habileté motrice coordonnée et ajustée -, pour agir auprès de l'autre dans un « corps à corps (…) condition immanente de son exercice ». Pour Prel (2007), la thérapie par ou pour le mouvement perturbé s'inscrit dans un corps a corps sensible. Le kinésithérapeute « pense avec sa peau ».

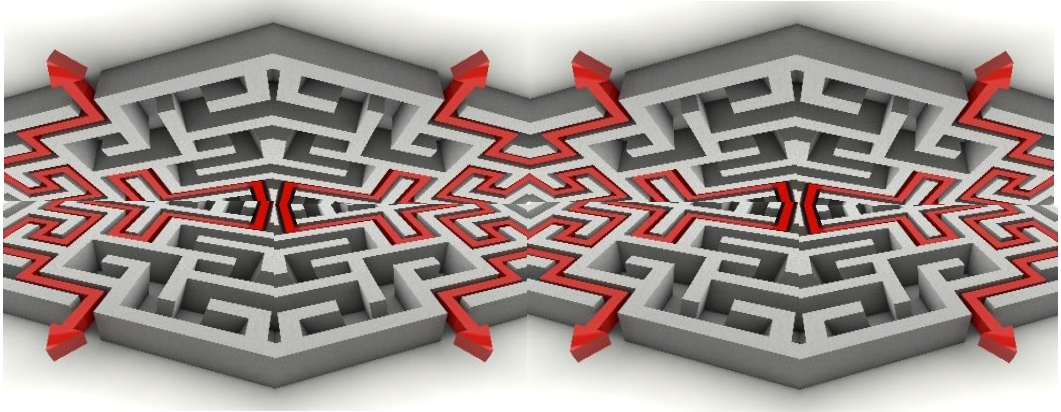
« La mise en œuvre du corps à corps dans le massage, corps instrument et corps outil, développe une image corporelle intime chez l'étudiant par une interaction globale, corporelle et culturelle avec l'autre. Dans la mobilisation des ressentis, modification de soi par le monde, modification de soi par soi, aux différents niveaux de l'intériorité, sensations, affections, affectivité et représentations, que ce soit en réciproque et en miroir, l'étudiant développe une capacité sensible aiguisée. Cette capacité pourrait être le support de l'exercice professionnel et des caractéristiques de l'identité du kinésithérapeute. » **Prel, 2007.**

La praxéologie nous permet de mieux comprendre l'implicite de nos activités.
Une science de la praxis nous permettrait de construire une véritable « clinique des pratiques professionnelles », discutant et mettant en perspective nos actions et nos intentions par des mots, des perspectives et des postures. C'est le sens d'une véritable pratique réflexive, loin de la simple reproduction mais fruit de l'expérience modélisée, théorisée et transférable par et avec la main, l'outil, le cerveau…

La praxéologie nous permettrait de mieux saisir les enjeux de l'activité de demain, les impacts de l'aide a la décision et l'aide au traitement robotique et l'intelligence artificielle sur la profession et ses métiers.

Il convient d'être nuancés sur ce que nous sommes et ce que voulons être.
Une lecture plurielle du travail nous invite à relier ensemble nos pratiques, nos théories, nos modèles et nos intentions, pour faire œuvre collectivement.

Pierre Henri Haller
Président



Masseur Kinésithérapie, et Masso-kinésithérapie, métier, profession, ou les deux ?

Autrefois, les vocables de profession et de métier pouvaient - mais peut être uniquement dans des cercles d'initiés - désigner deux déterminants sociaux bien distincts. Le terme de métier renvoyait plutôt à une activité manuelle alors que celui de profession représentait des activités de la sphère intellectuelle.

Mais ça c'était avant !

… Et encore : le distinguo était-il réellement perçu au siècle dernier ? l'est-il aussi voire plus aujourd'hui ?
Qui ne se souvient pas avoir lors de son parcours scolaire d'avoir eu à plusieurs fois en début d'année à renseigner sur des fiches « profession » du père et « profession » de la mère … sans préjuger que l'activité de l'un et ou de l'autre ne relève pas plus d'un métier ?

Mais ça c'était avant !

…Et vraisemblablement à des fins « politiques, syndicales, sociales » dans l'évolution du monde du travail, de son organisation et de sa hiérarchisation.

Aujourd'hui ces mêmes vocables et bien d'autres - encore trop rapidement parfois étiquetés synonymiques - dont foisonne la très riche langue française sont de l'aveu même de leurs utilisateurs employés alternativement d'une phrase à l'autre sans malice… « aux fins de non répétition ».

Aujourd'hui, moins qu'avant,

le manichéisme perd de la vitalité et de son insinuation fracturante : le monde n'est pas blanc ou noir … la palette des nuances est mieux appréhendée, comprise et admise par la grande majorité.

Les paramètres multiples et très protéiformes d'un quelconque système sont, si ce n'est parfaitement maîtrisés et compris, à minima reconnus comme déterminants, constituants, de «l'écologie» dudit système. (*)

Dans cette lignée de pensée comment ne pas se demander « si l'activité ou l'acteur de santé de la science du mouvement ne pourrait pas être profession et métier tout à la fois sans abandonner, privilégier l'un ou l'autre mais plutôt en les combinant ? ».

Étymologiquement le terme de métier est issu du latin à la fois du mot ministérium : « fonction de serviteur, service, fonction » et du mot mysterium : « mystère ». Ces deux vocables se rejoignent pour indiquer le prêtre, serviteur de dieu qui renouvelle le mystère du Christ. De là découlent les noms : menestier ou encore mestier. Métiers et professions requièrent tous les deux l'acquisition de savoirs et savoirs faire permise par des processus plus ou moins longs d'apprentissage et de formation.

Ces processus ont différentes formes (tutorat, compagnonnages, formations par alternance etc.). Un idéal-métier constitue le ciment qui lie les personnes entre elles. Un système de règles informelles et ou formelles permet de donner un cadre d'exercice du métier.

Vu sous cet angle la masso-kinésithérapie ou plutôt le masseur kinésithérapeute à ses origines constitutives de la fusion de l'infirmier masseur, du masseur médical et du gymnaste médical, pouvait être considérée davantage comme un métier qu'une profession, même si la Loi du 30 avril 1946 mentionnait expressément le terme de « profession ». A cette époque la masso-kinésithérapie correspondait davantage à un ensemble de pratiques manuelles concrètes telles que les manœuvres de massage ou les mobilisations (1).

Les interventions du masseur-kinésithérapeute dans un cadre thérapeutique étant soumises à la prescription médicale, le législateur « induisait ainsi de fait » un rôle « d'exécutant » limitant ses attributions à la seule mise en œuvre du traitement décidé par le prescripteur.

En effet, même si la dimension cognitive et réflexive - en regard de l'état de la science mais sans pour autant l'appui de l'EVP plus récente - fût de toute évidence présente dans l'exercice du masseur-kinésithérapeute depuis l'avènement de ce métier-profession, l'essentiel de son travail demeurait la production de traitements manuels exclusifs ou recourant à des moyens instrumentaux.

Pour prendre un exemple d'une profession telle qu'elle vient d'être identifiée, citons celle exercée par le chercheur dans son laboratoire. Actuellement, l'usage de l'un et de l'autre (profession / métier) est presque aléatoire tant la différence des « signifiés » de chacun de ces termes est devenue mince.

En effet, de nos jours on parle de métier de sociologue, d'avocat, d'agriculteur, de cuisinier… sans discrimination de domaine d'appartenance essentiellement manuel ou cognitif.

Ceci dit, il y a des activités pour lesquelles le sens originel du terme métier ne favoriserait pas une forme de structuration, d'organisation ou de corporatisme : il n'existe pas à titre d'exemple de conseil de l'ordre des boulangers-pâtissiers ou des coiffeurs tandis que d'autres activités parviennent à se constituer en corps professionnels ; nous pensons par exemple à l'ordre des avocats ou encore aux différents ordres médicaux et paramédicaux.

Le « statut professionnel » confère l'exclusivité de l'exercice du métier en question aux seuls membres habilités en leur accordant des attributs distinctifs de reconnaissance sociale (2).

Selon nous, il est bien évident que chronologiquement c'est d'abord des métiers dont il s'agissait lorsque nous souhaitions désigner des activités qui procuraient des revenus à ceux qui les exerçaient et qui avaient des rôles sociaux. Ensuite, est apparu le terme de profession avec l'idée d'un certain prestige au sein de la société.

A nos yeux, finalement métier et profession constitueraient les deux faces d'une même pièce. Ainsi, la masso-kinésithérapie / le masseur-kinésithérapeute, activité et acteur, est simultanément une profession et un métier ou des métiers. Tous ceux qui l'exercent et qui se réclament donc de cette profession la déclinent, en l'adaptant à « l'écologie » du système, sur le terrain en tel ou tel métier.

Le métier de ces professionnels n'est pas le même selon qu'ils exercent en milieu hospitalier ou libéral, dans le champ de la prévention ou de la thérapeutique etc ..(3).

Par ailleurs, la masso-kinésithérapie n'est pas la seule à avoir cherché depuis des décennies à moins exposer son statut de métier et à davantage revendiquer le statut de profession eu égard à ce que celui-ci peut lui conférer en termes de reconnaissance sociale.

Pour ce faire, la Profession - au sens de l'ensemble de ses composantes - doit mener en permanence, pour s'adapter aux évolutions scientifiques, technologiques et sociétales, plusieurs chantiers et répondre à de nombreuses questions déterminantes telles que :
1/ qui suis-je ?
2/ quelle(s) évolution(s) et quel avenir ?
3/ quelle place au sein des acteurs de santé ?
4/ quelle indépendance ou autonomie ?
5) quel « liberté » ou suis-je « cornaquée » par d'autres acteurs ?

Dans cet objectif d'affirmation et d'identification de la masso-kinésithérapie / du masseur-kinésithérapeute en tant que profession plusieurs axes dévolution sont à développer comme l'accès direct concernant certaines pathologies, la pratique avancée, la construction de savoirs propres ainsi que la recherche les enseignants chercheurs comme les cliniciens chercheurs … et donc in fine la reconnaissance, la promotion, et la valorisation d'une diversité de « métiers » accessibles en « déclinaison » de notre profession socle.

En guise de conclusion, nous aimerions revenir sur un aspect. La démarche qui permet à une personne d'acquérir les compétences exigées par une profession donnée s'appelle processus de professionnalisation. Il n'y a pas de terme équivalent pour nommer le chemin que doit parcourir une personne dans l'objectif de maitriser les savoirs, savoirs-faire et savoirs être en lien avec tel ou tel métier.

La nécessité de démontrer plus avant l'utilité sociale, la valence médico-économique de l'activité tant en termes de Réadaptation que de Santé Publique, doit pousser les professionnels à renforcer une corde à leur arc : celle du savoir-devenir … tout à la fois une profession et des métiers ancrés dans les réalités des besoins de la population afin que l'offre professionnelle soit à la hauteur de l'art attendu des professionnels de santé.

Samir Boudrahem

Références bibliographiques

(1) Monet J. *La naissance de la kinésithérapie.* Paris : Glyphe.
(2) Dubar C & Tripier (1998). *Sociologie des professions.* Paris : Armand Colin.
(3) Roquet P, Gatto F, Vincent S. *L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeute*. Centre de recherche sur la formation (EA1410) -Conservatoire National des Arts et Métiers ;20154.

Métier ou profession : représentation(s) et / ou réalité(s) ? quelle(s) évolution(s) ? dans le secteur de la formation initiale

Peu après ma prise de fonction en tant que formatrice en IFMK, différents cours m'ont été confiés. L'un d'entre eux est titré « La profession, définition réglementaire ».

Ma première réflexion a porté sur la compréhension du titre de ce cours : le terme de profession. Est-il employé à bon escient ? Ne parle-t-on pas du métier de masseur kinésithérapeute ?

Pour éclairer ce débat sémantique, il m'a semblé intéressant, dans un premier temps, de recueillir les avis de mes collègues. Dans un second temps, je me suis adressée aux étudiants. Enfin je m'intéresserai à une vision sociologique de ces deux termes.

Mon premier entretien comportait deux questions. La première question est fermée : selon vous, masseur kinésithérapeute, un métier ou une profession ? ». Sur huit cadres formateurs, un formateur a répondu métier, quatre ont répondu profession. Trois ont opté pour les deux termes.

Je poursuivis cet entretien avec la seconde question : en quelques mots, pouvez-vous développer ? En analysant le verbatim de mes collègues, plusieurs éléments ressortent.

Le terme métier peut avoir une connotation d'exécutant, le terme serait plus fermé, ce qui l'éloignerait de la profession de masso-kinésithérapeute. Néanmoins, on lui associe également un versant plus manuel, une notion de savoir expérientiel, un exercice de l'art, transmis « pair à pair » et qui rapprocherait donc la masso-kinésithérapie d'un métier.

Une majorité des formateurs interrogés associaient la masso-kinésithérapie à une profession. Leur représentation de la profession tient à l'ingénierie, à la réflexion.

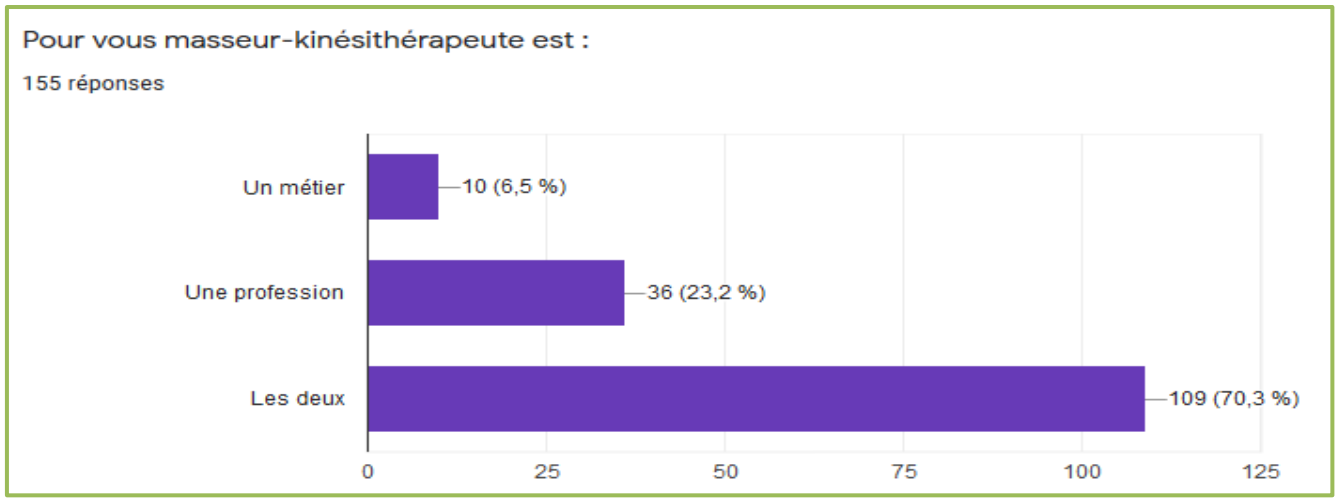
L'activité de masso-kinésithérapeute touche à « une pluralité de domaines et fait appel à de nombreuses compétences ».

Un formateur rattache le titre « de profession paramédicale ». Notons également la remarque d'un formateur qui cite que la structuration, notamment via le conseil de l'ordre, fait de la masso-kinésithérapie une profession.

Enfin, un dernier formateur réfléchit sur l'évolution pédagogique suivante : le premier cycle, correspondant à la licence, permettra d'apprendre le métier. Le second cycle, avec le grade master, permettrait de devenir profession.

J'ai constaté que les avis sur ce sujet divergeaient en fonction des représentations de chacun.

Je me suis tournée ensuite vers les étudiants via un questionnaire en ligne.
Toutes promotions confondues,155 étudiants ont répondu à la question : « **pour vous, masseur-kinésithérapeute est … ? » ;** Trois propositions de réponse étaient disponibles.



- 6.5% ont opté pour « un métier » ;
- 23,2% ont opté pour « une profession » ;
- 70,3 % ont opté pour « les deux ».

Sur ces 155 étudiants : 33 sont en K1, 41 en K2, 54 en K3 et 27 en K4.

Aucune différence significative de distribution des réponses n'a été observée en fonction de l'année d'étude. Il semblerait donc qu'il n'y ait pas d'évolution dans la perception ou la représentation. Nous avons observé qu'une majorité d'étudiants définissaient le masseur-kinésithérapeute (et peut-être la masso-kinésithérapie ?) comme un métier et une profession à la fois.

En se référant à la définition première du Larousse, les deux termes sont proches.

Métier :
« Genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société et dont on peut tirer des moyens d'existence **(1)** »

Profession :
« Occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence ; Métier qui a un certain prestige social ou intellectuel **(2)** ».

Le métier et la profession se rejoignent donc dans l'objectif final : gagner sa vie. La seconde partie de la définition de profession évoque un sentiment d'admiration vers cette activité.

Pour clarifier cette définition, citons Agnès Cavet **(3)** qui reprend l'exposé de Raymond Bourdoncle lors d'une conférence.

Il apparaît que les notions de «métier» et de «profession» sont souvent utilisées comme synonymes. Pourtant, des différences significatives, étymologiques et historiques sont à noter.

Pour lui, deux notions diffèrent : le type d'activité et l'apprentissage pour y accéder.

Le métier serait « …un travail manuel, technique ou mécanique qui repose sur un ensemble de savoirs incorporés ».

La profession est, quant à elle, « …une activité qui fait appel à des savoirs savants. En particulier, pour les professions de l'humain (médecine, enseignement…), l'exercice requiert un savoir de plus haut niveau et une capacité d'abstraction, nécessaires pour retrouver le général, le principe derrière le particulier de chaque individu (patient, élève…) ».

De plus le métier est « …une habileté qui s'acquiert par l'expérience ou le training (entraînement, répétition voire routine…)». Tandis que la profession est « …une activité qui se « professe », c'est-à-dire qui s'enseigne par la voie de l'explicitation orale des savoirs et des pratiques, ce qui implique une rationalisation discursive de l'action.

Cette rationalisation s'opère par le passage à l'écrit, lequel permet à la fois la capitalisation des savoirs et leur plus large diffusion ».

En transposant à la masso-kinésithérapie, celle-ci doit régulièrement évoluer en fonction des besoins en santé de la population et des avancées de la science. Notre activité se fonde sur des « savoirs savants » étayés par la recherche. Au vu de ces apports, la masso-kinésithérapie se définirait donc plutôt comme une profession. D'après Olivier Douard (5) une profession est « un métier socialement organisé et reconnu ».

Certains auteurs différencient également le métier de la profession par l'accès de l'activité : « à partir du moment où un métier est caractérisé par une structuration forte de l'accès au marché du travail (fermeture) que ses membres contrôlent » **(6)**, on peut parler de profession.

L'accès aux études de masso-kinésithérapie en France est soumis à quota et connaît une structuration forte sur le plan réglementaire. D'un point de vue sociologique, tout tend vers l'attribution du terme profession à l'activité de masseur-kinésithérapeute.

Par conséquent Il serait intéressant à l'avenir de se pencher sur l'aspect juridique de ces deux notions pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Noémie Taurand
Cadre de Santé Kinésithérapeute
Formatrice IFMK

Bibliographie

1) Larousse, « Métier ».
2) Larousse, « Profession ».
3) Agnès Cavet, « Enseignant : un "métier" ou une "profession" ? » ; Hypothèses, academic blogs, 2 octobre 2007».
4) Agnès Cavet, « Enseignant : un "métier" ou une "profession" ? » ; Hypothèses, academic blogs, 2 octobre 2007».
5) *Dire son métier, Les écrits des animateurs, sous la direction de Olivier Douard Collection «Débats jeunesses»* », *Agora débats/jeunesses*, vol. 33, no 1, 2003
6) Tourmen, Claire. « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé Publique*, vol. 19, no. hs, 2007, pp. 15-20

RETOURS & PARTAGES D'EXPERIENCES

RECHERCHE & KINESITHERAPIE SALARIEE

KINESCOPE poursuit les RETEX de nos collègues salariés engagés dans des pratiques de Clinicien Chercheur Fairuz BOUJIBAR, Kinésithérapeute Clinicienne Chercheuse (KCC) depuis 2014 et docteure en sciences de la santé depuis 2020, nous partage son parcours

.

KINESCOPE : Comment avez-vous débuté de la recherche clinique ?
Si je devais expliquer pourquoi je fais de la recherche j'aurai plutôt tendance à répondre pourquoi et comment ne puis-je pas en faire ? Aussi loin que je me souvienne, j'ai commencé mes premiers pas de kinésithérapeute en parallèle de la recherche

Tout à débuté lors de mes stages d'étudiante à l'IFMK de Rouen.

J'ai la chance d'avoir beaucoup apprécié tous mes stages, les prises en soins dans tous les champs de la kinésithérapie me plaisaient que ce soit en neurologie, traumatologie, cardiorespiratoire, en SSR comme à l'hôpital. Je me posais des questions sur le but des prises en soins et sur les capacités de rétablissement des patients que j'étais amenée à voir.

En K2, j'ai un jour pris en soins un patient de chirurgie thoracique durant tout son parcours hospitalier. J'avais décidé arbitrairement de réaliser un bilan sur lui pour un travail à rendre à l'IFMK en fin de stage. Les jours passant ce patient restait plus longtemps que prévu dans le service, ce qui n'arrangeait pas mes travaux d'étudiante. Il était très douloureux et toujours oxygénodépendant.

En questionnant mon tuteur de stage, il n'avait pas trop d'explications sur le pourquoi le patient restait dans le service aussi longtemps, « cela arrivait parfois ». J'ai donc tout simplement commencé à chercher sur internet et dans les anciens dossiers patients s'il existait en lien entre la douleur et l'oxygénodépendance après une chirurgie pulmonaire, de fil en aiguille naissait ma première étude rétrospective et mon mémoire de fin d'étude.

KINESCOPE : Et une fois diplômée ?

Une fois diplômée, et ce premier pas dans la recherche clinique réalisé, j'ai voulu continuer à approfondir ma méthodologie de recherche et mes connaissances autour du patient, en réalisant un Master 2 à l'université d'Amiens, sur l'intérêt de la réhabilitation préopératoire. J'ai exercé cette année-là en libéral afin de pouvoir aménager mon emploi du temps comme je le souhaitais. Étant jeune diplômée je savais également qu'aucun hôpital ne me financerait le M2 dans l'immédiat et c'était un projet que je ne souhaitais pas différer.

Master 2 en poche, je commence mon activité au CHU de Rouen, d'abord en réanimation puis en chirurgie thoracique. Un an après je débutais ma thèse encadrée par le Professeur Baste, chirurgien cardio-thoracique, sur la thématique de l'évaluation préopératoire toujours en chirurgie thoracique. J'ai eu pour cela un financement du CHU de Rouen, me permettant de libérer 50% de mon temps de travail, durant 3 ans.

KINESCOPE : Belle opportunité, non ?

Ce fut une période que j'ai beaucoup apprécié, les thématiques de recherche me passionnaient et les conditions de travail étaient très bonnes.
J'ai réalisé cette thèse un peu naïvement, plus pour l'expérience qu'elle prodiguait mais avec peu de visibilité sur l'avenir. J'avais envie de mener certaines études, doctorat ou non je les aurai conduites.

KINESCOPE : Mais après … ?

Comme chacun le sait il n'existe pas de chemin tracé pur un kiné hospitalier docteur.
Les discussions avec mon employeur, très sensibilisé à la recherche paramédicale ont alors débuté une fois diplômée, pour me permettre de continuer à exercer le métier de kinésithérapeute et mon activité de chercheur.

Aujourd'hui, je suis ingénieure de recherche en chef au CHU de Rouen, où je partage mon temps entre une activité dans le service hospitalier auprès des patients opérés, un temps de consultation préopératoire et une activité de recherche.

KINESCOPE : Quels plus … ?

Cela me permet de consulter le candidat à la chirurgie avant son opération, de l'évaluer et de programmer si besoin une réhabilitation, de l'inclure si possible dans un de nos protocoles de recherche. Je le vois ensuite après sa chirurgie, dans le service hospitalier, où je participe aux soins postopératoires et où là aussi mon activité de recherche s'exerce.

KINESCOPE : vos soutiens … ?

J'ai la chance d'avoir été portée par une thématique de travail sur la place du kinésithérapeute en chirurgie thoracique, et cela depuis mon bilan de K2 sur Monsieur B. Une question de recherche amène à une réponse mais aussi à plusieurs nouvelles questions, ce qui me donne encore beaucoup de perspectives de travail à l'avenir. J'ai également la chance d'avoir eu un encadrant fabuleux avec qui j'apprécie toujours de travailler aujourd'hui, une cadre de rééducation très attentive et aidante dans mes projets ainsi que des collègues avec qui j'aime beaucoup travailler.

KINESCOPE : la recherche pour…quoi ?

Donc pour quoi je fais de la recherche ? J'ai toujours vu la recherche comme une façon de répondre à des interrogations issues de ma clinique, elles sont pour moi indissociables. Il est indispensable que nous puissions réfléchir à l'avenir de notre activité hybride, de clinicien hospitalier et chercheur. L'activité existe sur le terrain, il ne manque plus que les postes qui s'y conforment.

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations et aux hospitaliers ukrainiens

cnks
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

RETOURS & PARTAGES D'EXPERIENCES

SECTEUR MEDICO SOCIAL & KINESITHERAPIE SALARIEE

L'INCLUSION AU CŒUR DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Caroline Lahaye est kinésithérapeute depuis 20 ans. Elle a travaillé une dizaine d'années en Belgique comme kinésithérapeute libérale en cabinet et en milieu hospitalier (service pédiatrique, neuro-pédiatrique et néonatalogie de l'hôpital de Charleroi). Elle a suivi une formation à l'éducation thérapeutique Le Métayer en 2007-2008 et à la méthode Bobath en 2009-2010. Elle témoigne de son expérience récente sur le sujet de l'inclusion.

Depuis 2013 je travaille à l'IEM d'Eysines (33) auprès d'enfants de 5 à 25 ans en situation de handicap moteur.

En septembre 2020 nous avons démarré l'inclusion en école ordinaire.

L'inclusion permet une meilleure collaboration entre les différents intervenants qui s'articulent autour du jeune.

Nous entrons dans une dimension plus vaste de notre métier de rééducateur grâce à la compréhension du travail de chacun d'entre nous, ce qui nous permet de créer des synergies entre nous et de mieux travailler dans le même sens, dans l'intérêt de l'enfant.

> Nous entrons dans une dimension plus vaste de notre métier de rééducateur grâce à la compréhension du travail de chacun d'entre nous, …

L'intérêt de travailler à proximité du lieu de vie de l'enfant apporte une continuité des soins au quotidien. Les autres intervenants comprennent mieux l'intérêt et l'objectif de certains gestes et techniques (et inversement). Ils peuvent donc aussi les répéter.

Prenons comme exemple un enfant qui a une faiblesse musculaire du quadriceps droit : son kinésithérapeute lui demandera de monter et de descendre les escaliers de l'école en alternant les membres inférieurs. Si d'autres personnes et soignants sont avertis et attentifs, ils pourront le lui rappeler lorsqu'il emprunte un escalier. Le renforcement musculaire recherché sera alors d'autant plus efficace et ne se limitera plus uniquement aux séances en présence de son kinésithérapeute.

L'inclusion facilite la communication et les échanges entre les structures travaillant avec le jeune. Cette communication facilite la relation et accroît la confiance du jeune envers les intervenants au quotidien.

L'inclusion dans les écoles nous aide à mettre en valeur les capacités de nos jeunes en situation de handicap. Cela permet d'adapter au mieux les cours de l'éducation nationale en utilisant tout le potentiel du jeune. Ce potentiel, tant physique qu'intellectuel d'ailleurs, est souvent sous-estimé ou non perçu par le corps enseignant.

L'inclusion facilite la communication et les échanges entre les structures travaillant avec le jeune.

Tout ceci permet d'éveiller l'empathie chez les enfants et les adultes dans les écoles accueillant ces jeunes en situation de handicap et contribue encore plus à leur inclusion et leur épanouissement.

En conclusion, l'inclusion de nos jeunes en situation de handicap nous permet un tremplin plus en douceur vers leur autonomie dans le monde (adulte, non-institutionnel, hors institution...

Marc-Olivier Mouret, lui aussi kinésithérapeute, a travaillé durant 20 ans en milieu hospitalier où il s'est progressivement «spécialisé» en pédiatrie et en réanimation. Il a passé les 2 dernières années de son parcours hospitalier en tant que faisant-fonction cadre formateur à l'Institut de formation de kinésithérapie de Bordeaux. Ces dernières expériences m'ont sensibilisé sur les complications voire les séquelles de l'alitement prolongé en service de réanimation. Sur le terrain de la formation à l'IFMK, il a animé et suivi des travaux relatifs au handicap à travers des missions de santé publique.

Depuis 2020 il a lui aussi rejoint l'équipe des rééducateurs de l'IEM d'Eysines et à son tour il fait part à KINESCOPE des nouvelles pratiques professionnelles de son exercice quotidien.

C'est ainsi que j'ai désiré évoluer en faveur du suivi de personnes porteuses d'un handicap moteur, tout en conservant le champ de la pédiatrie.

Je travaille depuis plus d'un an au sein d'un Institut d'Education Motrice de l'APAJH – une association privilégiant une société inclusive et une citoyenneté plus juste pour les personnes en situation de handicap.

La loi du 11 février 2005 présente plusieurs aspects, dont l'engagement et le suivi de jeunes en rééducation sur leur lieu de vie scolaire. Si les objectifs et les principes en kinésithérapie restent identiques à ceux observés au centre de soin de l'IEM, le modèle inclusif nous oblige à repenser nos moyens et notre pratique dans un nouvel espace.

Cette adaptation des moyens utilisés permet de suivre de nombreux jeunes sur leur lieu et leur temps scolaire. Les séances sont plurielles et se réalisent aussi au centre de l'IEM pour trouver du complément.

Cette adaptation des moyens utilisés permet de suivre de nombreux jeunes sur leur lieu et leur temps scolaire.

C'est dans cette dynamique que j'ai débuté l'externalisation des soins de kinésithérapie au sein d'un collège dès la rentrée scolaire 2021. L'établissement nous dédie une salle de soin proche de la salle de classe.

Je prends en charge sur deux demi-journées par semaine des adolescents âgés de 11 à 16 ans, scolarisés en UEE - Unité Externalisée d'Enseignement.

La grande salle de rééducation dans un centre de soin est souvent une agora animée et dynamique, la salle de soin du collège, elle, reste calme et intime.

Notre profession s'inscrit dans un nouveau paradigme en relevant ici des défis inédits : celui de se réinventer en jouant la carte de la mobilité des rééducateurs salariés en externalisant les soins de rééducation, de réorganiser «hors les murs» notre dynamique d'interprofessionnalité, d'intervenir sur le lieu de la scolarité du jeune en étant au plus près de ses problématiques et de ses besoins

Aussi je privilégie une rééducation sur podium basée sur des mobilisations et des étirements. Je donne également un aspect plus dynamique pour d'autres jeunes marchants en exploitant le lieu de la cour du collège. Je leur propose des parcours de marche, du travail d'équilibre, ainsi que du réentrainement à l'effort.

La cour de l'établissement motive chaque jeune, qui plus est lorsque le temps de la prise en soin se confond avec le temps de récréation. Ces moments d'interaction privilégiés permettent même d'associer des jeunes ordinaires à des jeux de ballon.

Par ailleurs nous privilégions également sur place une coordination étroite entre les intervenants et en particulier le professeur de la classe de l'UEE. Nous échangeons sur les compétences motrices de jeunes, ce qui permet au professeur de faire émerger des besoins pratiques en classe.

Notre profession s'inscrit dans un nouveau paradigme en relevant ici des défis inédits : celui de se réinventer en jouant la carte de la mobilité des rééducateurs salariés en externalisant les soins de rééducation, de réorganiser «hors les murs» notre dynamique d'interprofessionnalité, d'intervenir sur le lieu de la scolarité du jeune en étant au plus près de ses problématiques et de ses besoins.

La kinésithérapie ouvre une page blanche sur le virage inclusif où tout reste à écrire. Notre professionnalisme et la nécessité d'évoluer en sont l'encre.

La kinésithérapie ouvre une page blanche sur le virage inclusif où tout reste à écrire. Notre professionnalisme et la nécessité d'évoluer en sont l'encre.

RETOURS & PARTAGES D'EXPERIENCES

Du SECTEUR MCO à l'IFMK EXPERTISE(s) – INTERPRONNALITE & KINESITHERAPIE SALARIEE

KINESCOPE, la lettre et l'esprit du CNKS, s'efforce de mettre en exergue et en valeur la diversité des parcours, des domaines, des initiatives des collègues qui ont choisi d'exercer leur profession en tant que salariés au sein d'institutions et établissements de santé ou médicaux sociaux.

Dans les établissements hospitaliers relevant de la Fonction Publique Hospitalière de très nombreuses initiatives locales, personnelles - pas toujours, trop rarement, rapportées et visibles - permettent des parcours protéiformes riches du croisement des expériences.
Il est juste de les donner à voir, à connaitre, ne fût-ce qu'en source de motivation, d'inspiration …

C'est dans cette optique qu'à la demande de KINESCOPE Marine BRIKA a accepté de prêter sa plume pour y faire partager sa trajectoire et ses expériences dans ce premier article qu'elle intitule

« L'inter ou la pluriprofessionnalité au cœur de ma pratique clinique et au service du développement de mon expertise en rééducation gériatrique »

Marine BRIKA - MKDE[1] PhDc[2]

[1] Kinésithérapeute Hôpital Nord Franche Comté et enseignante Filière Kinésithérapie – Physiothérapie, Montbéliard

[2] PhD Student – Ecole doctorale Environnement Santé - Laboratoire de Recherches Intégratives en Neurosciences et Psychologie Cognitive – Besançon
Contact : marine_brika@hotmail.fr // marine.brika@hnfc.fr

Si l'on m'avait dit quelques années auparavant qu'en perspective de devenir kinésithérapeute à Roland Garros, je deviendrais kinésithérapeute en gériatrie dans un hôpital à m'épanouir de travailler en équipe, je n'aurais pu le croire.

« L'avenir n'est jamais que du présent à mettre en ordre.
Tu n'as pas à le prévoir mais à le permettre ».

(Saint Exupéry)

Kinésithérapeute avec un profil d'expertise clinique en rééducation gériatrique, je suis aujourd'hui enseignante au sein de la Filière Kinésithérapie-Physiothérapie de Montbéliard rattachée à l'hôpital Nord Franche Comté.

Convaincue que l'évolution de la profession et des pratiques associées passe par la production de savoirs en rééducation, je suis engagée dans un parcours universitaire doctoral au sein de l'Université de Franche Comté.

Ma thèse s'intéresse à la meilleure compréhension du vieillissement de la fonction d'équilibration et au développement d'approches rééducatives novatrices.

***Si l'on me demandait ce qui m'a fait évoluer et enrichi le plus dans cette pratique clinique kinésithérapique gériatrique salariée, je répondrais les difficultés de la prise en soins complexe des patients âgés et les échanges stimulants avec les collègues de l'équipe médicale et soignante*.**

En effet, la particularité de la prise en soins des patients âgés se trouve dans le contexte de **fragilité** associée s'apparentant à un véritable **challenge** quotidien afin de tenter de faire sortir le patient de cet état pour retrouver un certain degré d'indépendance voire son niveau d'indépendance antérieure *(Dent et al. 2019).*

Ce défi ne peut relever seul de l'action du kinésithérapeute ou plus globalement des professionnels de rééducation. L'alliance des compétences médicales, soignantes et rééducatives s'avère être le pilier de cette prise en soin.

Le partage des compétences et des connaissances se traduit en un **enrichissement interprofessionnel mutuel** au profit du patient et devient **mon leitmotiv** quotidien afin que tous les professionnels agissent en pertinence dans le sens de l'objectif du patient.

A défaut, une prise en soins pouvant intégrer des discordances de pratiques pourra conduire à un contexte de dépendance iatrogène dont la lutte doit constituer un autre défi quotidien ***(Sourdet et al. 2015).*** C'est en sens que s'inscrit l'initiative d'une formation « bons gestes » décrite ci-après ».

1) Retour d'expérience sur la formation bons gestes proposée aux soignants

Sensibilisée, par le mentorat du Pr. France Mourey depuis ma diplomation, à l'importance de l'utilisation des capacités restantes des patients âgés et devant l'observation clinique récurrente d'actes de manutention passive n'ayant pas de sens pour le patient, j'ai effectué des formations à destination des aides - soignant(e)s et des infirmier(e)s afin que les transferts puissent être réalisés en intégrant une participation active du patient.

Cette formation d'une journée inscrite dans le plan de formation interne de l'hôpital associe un temps théorique afin de comprendre les répercussions de la fragilité psycho-motrice sur la motricité et sensibiliser les professionnels à la spécificité gériatrique des gestes et de l'approche afin de diminuer une éventuelle tendance naturelle à la substitution.

Le temps pratique s'oriente autour de vignettes cliniques du quotidien amenant les participants à se mettre en situation, le soignant jouant le patient pouvant être doté d'un simulateur de vieillissement pour augmenter l'immersion.

Les messages principaux lors de ces différentes situations cliniques s'orientent autour : de **l'adaptation aux capacités motrices de chaque patient**, de l'**incitation au mouvement**, du **réapprentissage** ou de la **conservation** d'une **séquence motrice physiologique**, de l'utilisation de **consignes simples**, de l'utilisation préférentielle de certains **points appuis**.

La finalité étant qu'en salle de rééducation, en chambre ou dans son milieu écologique le patient transfère ses acquis.

Il semble important que ce type de dispositif de formation puisse être accessible à l'ensemble du personnel hospitalier et ne soit par défaut ciblé uniquement à des professionnels de service de gériatrie car la réalité démographique liée au vieillissement de la population est apparente dans quasiment tous les services.

Ceci fait lien direct avec un motif récurrent d'hospitalisation de ces patients constituée par la chute qui doit être prise en compte comme un facteur révélateur de fragilité ***(Kojima et al. 2015 ; Almada et al. 2021)***.

2) Retour d'expérience
Copil prévention des chutes

Devant l'enjeu d'un nombre de chutes non négligeable au sein de notre établissement hospitalier et d'une problématique de santé publique associée, nous avons décidé d'élaborer un **comité de pilotage** de la prévention des chutes. Ce groupe de travail regroupe des professionnels de l'encadrement, des professionnels du service qualité, un médecin MPR et des professionnels de la rééducation.

Les niveaux et leviers d'actions de ce Copil pourront s'effectuer à différentes échelles : **institutionnelle, médicale, soignante et patiente**. Plus précisément, les premières orientations principales de ce Copil se déclinent autour de l'analyse des déclarations de chute, de la formation des professionnels à la chute et plus spécifiquement à la fragilité et du développement d'actions de sensibilisations pour les patients/résidents et leurs aidants.

Ces actions poursuivront des objectifs différents selon les facteurs de risques de chutes ciblés et analysés dans les déclarations : les facteurs de risques extrinsèques (environnement, comportementaux) ou les facteurs de risques intrinsèques (prédisposants ou précipitants).

La 1ère action de sensibilisation menée par le Copil a été un atelier **chambre des erreurs** au cœur de la semaine bleue sur l'ensemble des sites de l'hôpital (MCO, SSR et EHPAD) ayant conduit à la participation de près de 400 professionnels et 80 familles/visiteurs/patients. L'atelier a été inspiré du modèle développé par le Centre Hospitalier de Darnétal (*Desramault et al 2020)*. Les professionnels et les patients ont dû retrouver une quinzaine d'erreurs qui s'étaient glissées au sein d'une chambre reconstituée.

Au sein de ce Copil, mon profil de kinésithérapeute clinicienne et à sensibilité scientifique a pour missions :

- de faire changer de regard autour de la chute pour sortir de la vision accidentelle ou à « cause médicale » ;
- de faire changer de regard autour de la personne hospitalisée en délaissant l'indicateur de l'âge au profit du « statut fragilité » ;
- de valoriser le repérage précoce de la fragilité et des facteurs de risque comme mission interprofessionnelle *(Dent et al. 2019)* ;
- d'apporter les données scientifiques récentes de la littérature sur les thématiques de la fragilité et de la chute ;
- d'aider à d'éventuels projets de valorisation (publication) professionnelle ou scientifique en lien avec les actions développées ;
- de guider les orientations et les actions tout en sensibilisant sur l'importance et l'accessibilité de la population âgée présentant une fragilité cognitive.

Figure 1 : chambre des erreurs au sein de l'Hôpital Nord Franche Comté *(crédit photo : service communication HNFC)*

3) Retour d'expérience atelier relever du sol en unité Alzheimer

Au cours de mon premier poste au sein du centre gériatrique de Champmaillot rattaché au CHU de Dijon, j'ai eu l'occasion d'inscrire mon activité professionnelle kinésithérapique au sein d'une unité Alzheimer.

Bien qu'en apparence ce profil d'activité puisse apparaître peu stimulant en raison de la fragilité cognitive majeure des patients, elle s'est transformée en une véritable opportunité de développer une expertise dans le champ de l'apprentissage moteur implicite.

La fragilité cognitive représentant un facteur de risque de chute, nous avons développé avec l'aide de du stagiaire APA un atelier collectif du relever du sol qui avait lieu 2 fois par semaine dans le réfectoire de l'unité avec 8 patients *(Brika et al. 2018)*.

Cet atelier a été l'occasion de développer une collaboration avec l'INSERM et l'équipe de France Mourey afin de créer un outil spécifique d'imagerie motrice implicite constitué par un puzzle moteur du relever du sol.

Sur le versant interprofessionnel, un soignant disponible de l'unité était présent à chaque atelier permettant de visualiser les capacités d'apprentissage des patients.

Ceci permettait également de contribuer à un changement de vision sur l'attitude à adopter en cas de chute d'un patient dans le service afin de délaisser le relever du sol totalement passif et de faire participer le patient.

D'autre part, une demi-journée de sensibilisation « les soignants à la place des patients » sur l'atelier relever du sol a également été réalisé afin de permettre une expérimentation sensori-motrice des exercices réalisés par les patients.

Pour conclure, l'interprofessionnalité est la richesse de la prise en soin du patient âgé fragile. Il est «*de la responsabilité de tout à chacun de préserver la dignité de l'être humain à travers une reconnaissance de l'autre aussi démuni et fragile soit-il* » (citation Pierre Pfitzenmeyer).

BIBLIOGRAPHIE
- Almada M, Brochado P, Portela D, Midão L, Costa E. Prevalence of Falls and Associated Factors among Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. J Frailty Aging. 2021;10(1):10-6.
- Brika M., Mourey F. Relever du sol chez des patients présentant une démence de type Alzheimer. Kinésithérapie scientifique. 2018. 604:41-44.
- Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Lancet. 12 oct 2019;394(10206):1376-86.
- Desramault F, Allard-Cools É. [Disseminating knowledge and fostering a culture of falls prevention]. Rev Infirm. févr 2020;69(258):40
- Kojima G. Frailty as a Predictor of Future Falls Among Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. déc 2015;16(12):1027-33.
- Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 1 août 2015;16(8):674-81.

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS
Solidarité aux populations et aux hospitaliers ukrainiens
cnks
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

PLAN D'ACTION NATIONAL de PREVENTION des CHUTES des PERSONNES AGEES

Présenté le 21 Février 2022 (cf. communiqué de presse) ce « Plan d'Action National de Prévention des Chutes des Personnes Agées » est en soi une initiative qui correspond à un réel besoin - compte tenu du vieillissement de la population - et qui était attendue tant des personnes concernées que par le système de santé en général. Dont acte. La quasi-totalité de ses « axes et actions » relèvent « du bon sens » et sont déjà connus par un certain nombre de professionnels de santé, d'associations de patients …ils ont cependant le mérite ici d'être « inscrits, traduits, protocolisés et portés », mis à la disposition de tous, rendus lisibles et visibles » par tous bénéficiaires comme acteurs dispensateurs accompagnants. Pour autant …

Pour certains cela ne va pas assez loin, ce n'est pas suffisamment étayé, cela ne tient pas compte de toutes les dimensions, ne cite pas chacun et tous les acteurs potentiels de la mise en œuvre et de l'accompagnement du développement dudit plan … cela « ignore » la kinésithérapie et les kinésithérapeutes.
A l'évidence les professionnels du mouvement ont / pourraient / devraient pouvoir avoir leur place … être acteurs, contributeurs - en lien, en coordination et coopération avec d'autres acteurs - dans un tel sujet. C'est là une vraie dimension d'acteur de Santé Publique.

Mais la participation effective des Kinésithérapeutes aux réflexions, concertations et à l'élaboration du plan reste à ce stade une interrogation pour le CNKS ? Cette apparente absence, ou discrétion pour le moins, reflète-t - elle encore et toujours le désintérêt implicite des dernières décennies ? Si de fait depuis une dizaine d'années quelques collègues ont pris le sujet à bras le corps pour rendre « la gériatrie sexy » il faut aussi constater qu'ils et elles sont bien isolés. Le CNKS s'interroge donc sur l'appétence réelle et les compétences des professionnels à la prise en charge et en soins de ce sous-groupe, de plus en plus important, de la population ; et par exemple instaurée dans toutes les formations initiales des paramédicaux au début des années 2000 l'obligation de stages auprès des personnes âgées - et aussi des enfants - dont le CNKS avait expressément demandé la prorogation au début des travaux a disparue à la faveur de la réingénierie aboutie en 2015 … comme si ces deux âges de la vie ne méritaient pas, du fait de fragilités particulières, une attention toute particulière !

Pour le CNKS ce pourrait être l'occasion rêvée - dans une perspective d'un renforcement du lien ville / hôpital - d'un travail de déclinaison entre collègues libéraux et salariés et en interpro … sur plusieurs actions de ce plan dont par exemple l'action 2 de l'axe 3 qui prévoit de « Promouvoir des modules de rééducation post-chute après une hospitalisation »

KINESCOPE reproduit ci-après le communiqué qui présente les 5 axes … à compléter par les documents mis en liens et a recueilli les premières réactions de Thomas Rulleau et France Mourey dont l'engagement pour la gériatrie sont précieux et reconnus.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

Prévention des chutes des personnes âgées : Brigitte BOURGUIGNON détaille avec Roxana MARACINEANU son plan pour les réduire de 20% d'ici 2024

A l'occasion de son déplacement ce lundi 21 février 2022 au CHU et au Gérontopôle de Toulouse, Brigitte BOURGUIGNON, ministre déléguée chargée de l'Autonomie, en présence de Roxana MARACINEANU, ministre déléguée chargée des sports, a présenté son plan d'action national pour lutter contre les chutes des personnes âgées d'ici 2024. L'objectif de 20% sera décliné dans chaque région et la mobilisation coordonnée par les agences régionales de santé, en lien avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les Départements et les autres acteurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Chaque année, on dénombre 2 millions de chutes chez les plus de 65 ans. Leurs conséquences peuvent être graves, puisqu'elles entraînent plus de 130 000 hospitalisations. Selon un récent sondage IFOP pour la Fédération Française de l'Assurance (FFA), ce risque demeure sous-estimé, car seuls 17% des plus de 65 ans savent qu'une chute représente la première cause de mortalité accidentelle dans leur classe d'âge. 10 000 vies sont ainsi fauchées chaque année, alors que la chute pourrait, dans la plupart des cas, être évitée ou limitée dans sa gravité.

Face à cet enjeu de santé publique majeur dont l'importance va croître avec la transition démographique, Brigitte Bourguignon, en lien avec de nombreux acteurs, travaille depuis plusieurs mois à un plan d'action national **pour réduire les chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes âgées de 20% d'ici 2024.** Le Gouvernement s'inscrit dans la continuité des propositions du rapport présenté en mai 2021 par Luc Broussy, ainsi que des recommandations émises dans le rapport de la Cour des comptes de novembre 2021.

Le plan antichute porté par la ministre organise une mobilisation générale autour de 5 axes prioritaires :

Axe 1 : Savoir repérer les risques de chutes et alerter
L'information et la sensibilisation des professionnels de santé et des personnes âgées, de leurs aidants, des élus et de la société civile sur le risque de chutes sont une des priorités du plan. Ainsi, plusieurs actions de sensibilisation seront menées, comme la diffusion à tous les acteurs des politiques de l'autonomie de fiches pratiques sur les profils types de chuteurs et les 5 signes « avant-chuteurs » et d'outils de repérage des fragilités.

Axe 2 : Aménager son logement pour éviter les risques de chute
Parce que les personnes âgées souhaitent bien vieillir chez elles, l'adaptation de leur logement à leur possible perte d'autonomie est cruciale pour prévenir le risque de chute. Seront développés les dispositifs de repérage des risques du logement, en particulier par des équipes mobiles au domicile, ainsi que des aides techniques phares dans l'aménagement du logement. Les personnes âgées pourront obtenir une aide financière et technique personnalisée dans ces démarches en s'adressant au futur guichet unique : « Ma Prime Adapt' » décidé par le Premier ministre.

Axe 3 : Des aides techniques à la mobilité faites pour tous
Afin de favoriser, le plus longtemps possible, la mobilité des plus de 65 ans, un accompagnement au bon usage d'aides techniques à la mobilité leur sera notamment proposé. Pour éviter les risques de rechute, les personnes bénéficieront de modules spécifiques de rééducation post-hospitalisation.

Axe 4 : L'activité physique, meilleure arme antichute
Brigitte Bourguignon, en lien avec Roxana Maracineanu, souhaite également renforcer le recours à l'activité physique adaptée, en développant l'offre disponible. Les personnes de plus de 65 ans seront ainsi davantage orientées vers des programmes adaptés à leurs besoins, par exemple au sein des Maisons sport santé, afin de davantage prévenir leur perte d'autonomie. De même, un « panier de soins » prévention des chutes sera expérimenté dès 2022, avec l'intervention coordonnée de 3 professionnels : un intervenant en activité physique adaptée, un diététicien et un ergothérapeute.

Axe 5 : La téléassistance pour tous
Pour faciliter le bien vieillir chez soi en toute sécurité, l'accès aux services de téléassistance sera favorisé en réduisant le reste à charge pour les utilisateurs. Une étude sera engagée pour établir l'état des lieux et les perspectives de la téléassistance au regard de la prévention des chutes des personnes âgées et, en lien avec les gérontopôles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) construira un Centre de preuves qui mettre en lumière les aides techniques les plus efficaces.

La ministre, avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), demande aux Agences régionales de santé (ARS) de décliner le plan dans chaque région, en lien avec les conseils départementaux et les acteurs de la prévention de la perte d'autonomie, avec des objectifs chiffrés.

Pour Brigitte BOURGUIGNON, *« C'est la première fois qu'un Gouvernement prend à bras le corps cet enjeu de santé publique majeur. Comme j'ai pu le voir sur le terrain, de trop nombreuses personnes âgées ne mesurent pas le risque de chute ou vivent dans des logements inadaptés. Il m'était donc indispensable de travailler sur un plan d'action national ambitieux et à la hauteur de l'enjeu, pour agir sur tous les leviers qui favorisent le bien vieillir chez soi et retardent la perte d'autonomie. Ce plan marque une nouvelle étape déterminante de mon combat pour le bien vieillir chez soi, qui redonnera pleinement aux personnes âgées le pouvoir de choisir leur lieu de vie. »*

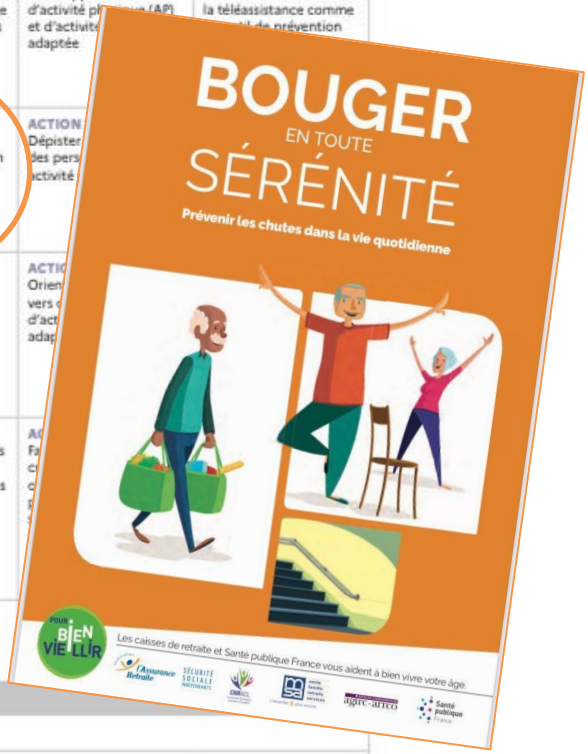
Pour Roxana MARACINEANU, « L'accès à l'activité physique, en particulier en ces temps de crise sanitaire, doit être accompagné, renforcé, encouragé. Bouger, pratiquer une activité physique, une discipline sportive, est essentiel pour le bien-être psychologique et corporel de chacun. Alors que les ravages de la sédentarité se font sentir un peu plus chaque jour, l'activité physique et sportive doit, plus que jamais, être promue et prescrite massivement. Elle doit devenir un pilier de la santé publique car ses bienfaits, pour peu que l'on soit encadré, sont innombrables en terme de bien-être, d'épanouissement, de lutte contre la perte d'autonomie. Bien vivre et bien vieillir grâce au sport, c'est le message de santé publique que nous voulons valoriser et faire entendre. C'est l'objet du Guide « Vie-Eux et alors ? » que je suis fière de présenter avec ma collègue Brigitte Bourguignon.

CONTACTS MÉDIAS

Ministère chargé de l'Autonomie
Cabinet de Brigitte BOURGUIGNON
01 40 56 63 74 sec.presse.autonomie@sante.gouv.fr
Ministère chargé des Sports
Cabinet de Roxana MARACINEANU
sec.presse.sports@sports.gouv.fr

AXES ET ACTIONS DU PLAN

AXE 1 SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTER	AXE 2 AMÉNAGER SON LOGEMENT POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTE	AXE 3 DES AIDES TECHNIQUES À LA MOBILITÉ FAITES POUR TOUS	AXE 4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE	AXE 5 LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS
ACTION 1 Informer les bénéficiaires et professionnels sur les risques de chute via les vecteurs de la Cnam/ CPAM et de la CCMSA	ACTION 1 Promouvoir les outils de repérage des risques du logement	ACTION 1 Favoriser la réduction du coût et du reste à charge des aides techniques les plus pertinentes	ACTION 1 Développer l'offre d'activité ph… (API) et d'activité… adaptée	ACTION 1 Généraliser le recours à la téléassistance comme … de prévention
ACTION 2 Faire connaître les outils et développer les bilans/ examens de prévention auprès des personnes à risque	ACTION 2 Former et faire interve… à domicile des équipes mobiles au repérage des risques liés au logement	ACTION 2 Promouvoir des modules de rééducation post-chute après une hospitalisation	ACTION Dépister … des pers… …activité	
ACTION 3 Promouvoir et informer les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment en lien avec les protocoles de coopération	ACTION 3 Soutenir le développement et relayer le dispositif « Ma Prime Adapt' »	ACTION 3 Informer et former les professionnels sur les aides techniques	ACTIO… Orien… vers … d'act… adap…	
ACTION 4 Contribuer au suivi et à l'évaluation du plan relatif aux deux objectifs nationaux et régionaux : réduire les chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes âgées de 20 % en 3 ans	FICHE PRATIQUE Aides techniques phares de prévention des chutes (aménagement du logement)	FICHE PRATIQUE Aides techniques phares de prévention des chutes (aides techniques à la mobilité)	A… F… c… o… p…	
FICHE PRATIQUE 2 profils-types, 5 signes « avant-chuteurs »				



AXE TRANSVERSAL : INFORMER ET SENSIBILISER	
ACTION 1	Faciliter l'accès à l'information et à l'instruction des demandes
ACTION 2	Mobiliser les vecteurs de communication du ministère et des partenaires
ACTION 3	Piloter une campagne nationale et locale de communication (radio, TV, presse, hors médias, etc.)
ACTION 4	Promouvoir les initiatives locales ou thématiques en lien avec les axes du plan

Retrouver les documents et dossiers complets --->

https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/plan-antichute-des-personnes-agees

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antichute_fiche_de_synthese_final_accessible.pdf

https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/plan-antichute-des-personnes-agees

https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/ns01-144-19b_bien_vieillir-19-01_bouger_brochure_20p_150x210_v1.9_bd_v2.pdf

Kinéscope
La lettre & l'Esprit du CNKS
Solidarité aux populations et aux hospitaliers ukrainiens
cnks
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Thomas Rulleau,
Kinésithérapeute hospitalier
& Ingénieur de recherche, PhD

« On se demande qui a été contacté pour travailler sur ce sujet. Une société savante ?
Si la Société Française de Physiothérapie avait été contactée, j'imagine que le Groupe d'Intérêt Gériatrique eût été sollicité. D'autres organisations professionnelles ne semblent pas non plus l'avoir été.
On pourra regretter dans cet épisode un manque de communication qui aboutit à une production de qualité discutable.

In fine, passé ce moment épidermique, ce qui m'embête n'est pas que la kinésithérapie ne soit pas là (ce qui serait uniquement corporatiste). On constatera aussi l'absence des psychomotriciens, des podologues et d'autres qui auraient eu des choses intéressantes à dire... Mais c'est l'expertise de ces personnes ressources, et du kinésithérapeute qui manquent au patient...
Alors que le réseau est là en libéral comme en salarié et que bien d'autres belles choses auraient pu être proposées... ».

France Mourey
Kinésithérapeute, cadre de santé ; Professeure des Universités INSERM 1093

Le plan antichute : une opportunité ! *Voilà un signal politique attendu depuis longtemps sur une question majeure de santé publique : un nouveau plan au service d'une vieille idée.*

Je retiendrai 3 points :

- *l'axe 1 se concentre sur le repérage. Ce point est fondamental mettant en exergue la nécessité d'un raisonnement clinique. C'est la raison du lien fait avec ICOPE. Simplement, pour ceux qui l'auraient occulté : la chute du sujet âgé est le plus souvent un révélateur de la fragilité. Repérer les risques de chute c'est, au-delà d'un test d'équilibre aussi puissant soit-il, analyser chez une personne la survenue de signes de fragilité ;*
- *dans l'axe 3 un regret : La rééducation du syndrome post-chute, dont les résultats conditionnent les risques d'entrée dans la dépendance, me semble un peu à l'étroit sous l'intitulé aides-techniques. Il s'agit d'une rééducation à part entière qui interroge les liens entre ville-hôpital et le suivi de ces patients*
- *un axe transversal d'information et de sensibilisation dans lequel l'implication des kinésithérapeutes dans les campagnes régionales et nationales est essentielle.*

Repérer les risques de chute c'est, au-delà d'un test d'équilibre aussi puissant soit-il, analyser chez une personne la survenue de signes de fragilité ;

Bien au-delà du seul rapport à l'environnement ***la chute du sujet âgé*** *est une* ***véritable maladie gériatrique*** *dont les* ***causes*** *et les* ***conséquences*** *doivent être abordées de* ***manière coordonnée par les professionnels de santé.***

En conclusion pour le CNKS

- A l'évidence ce plan « ignore partiellement » les dimensions « scientifiques » et la complexité de la fragilité et de ses conséquences (chutes) nécessitant l'expertise de détection, de prévention, et de rééducation, que les Kinésithérapeutes pourraient apporter et enrichir par la formation initiale et continue.
- **« Personnes Agées et Kinésithérapie : quels parcours ? »**
  thème de la STKS 5, en visio-conférence,
  le **vendredi 1er avril 2022 de 18 h à 19 h 30**

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, … ?

Le Bureau du CNKS s'est saisi d'un Livre Blanc ***(cf. KINESCOPE 16)*** récemment publié et a confié au GT KINESITHERAPIE SALARIEE et IA (*) le soin d'analyser plus avant ce rapport, d'en tirer les éléments transposables ou transférables dont l'association et les professionnels pourraient ou devraient se saisir.

K17 vous livre l'analyse réalisée par Sophie Trichot, Cadre Supérieur de Santé Kinésithérapeute au CHU de Reims, et membre du Conseil d'administration du CNKS.

" 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".
Le think tank « ≠ le plus important » a édité en janvier 2022 un livre blanc sur l'impact de la transformation numérique des professions de santé.

Il est vrai qu'aucune profession de la famille de la rééducation/réadaptation n'est citée dans ce rapport, et pourtant les innovations technologiques (technologie numérique, intelligence artificielle (IA), robotique) apparaissent incontestablement dans les nouveaux équipements de rééducation : appareils robotisés du membre supérieur ou inférieur, robot de marche, application numérique de e-coaching, réalité virtuelle etc.

Certains robots portent même des noms comme Poppy (projet Keraal) ou Emma (« robot-masseuse » en place dans une clinique de Singapour depuis 2017 pour la réalisation des massages « tui na »).

Comme le cite le think tank, « *de par sa rapidité et son ampleur, la transition numérique est sans équivalent dans l'histoire de la santé* » et donc dans le domaine de la rééducation/réadaptation.

Il semble, donc, important de s'interroger sur :

- la valeur ajoutée et les limites de ces nouvelles technologies dans les programmes de rééducation ;
- l'intégration de ces nouvelles technologies et les éventuelles évolutions de pratique en rééducation ;
- l'accompagnement et les formations à envisager pour les professionnels expérimentés.

Les nouvelles technologies au service des programmes de rééducation

Le think tank indique que « *ces évolutions devraient permettre de libérer les professionnels d'un certains nombres d'activités* ».

Pour améliorer la spasticité cérébrale, la rééducation implique la réalisation de gestes répétitifs réalisés quotidiennement.

Il est vrai que de plus en plus de robotiques font leur apparition en rééducation. Dotés d'une intelligence artificielle, ils sont conçus pour apporter une assistance aux professionnels, proposant des séances **d'entrainement répétitives**, permettant ainsi **d'allonger les temps de travail,** en complément d'un traitement individuel de rééducation**.**

Malgré tout, le degré d'intensité et le niveau de performance sont toujours conditionnés par un professionnel.

Il en est de même pour le projet Keraal avec le robot Poppy, dont l'objectif est de « coacher » les patients lombalgiques dans leurs exercices de rééducation fonctionnelle, et où **la présence du kinésithérapeute est indispensable pour apprendre** à Poppy **les mouvements à travailler avec le patient**, défini préalablement par un bilan Masso-kinésithérapique. À l'aide de puissants algorithmes, Poppy peut modéliser le squelette d'un patient, analyser les mouvements de ce dernier et les comparer aux mouvements préconisés

Soyons prudents dans un contexte de difficulté de recrutement de personnel et/ou de rationalisation des coûts, de se limiter uniquement aux gains apportés par ces nouvelles technologies en termes de précision, répétition, endurance et rapidité d'exécution de certains actes techniques.
En effet, **le toucher et les mains du rééducateur** ne peuvent être remplacés par une machine, pas plus que l'**écoute du patient**, les explications qu'il attend, la définition d'objectifs communs, ainsi que le relationnel permettant la construction d'une **relation de confiance**, gage de la qualité des soins et garant **d'une certaine humanité**.

Soyons prudents dans un contexte de pénurie de personnel et/ou de rationalisation des coûts, de se limiter uniquement aux gains apportés par ces nouvelles technologies en termes de précision, répétition, endurance et rapidité d'exécution de certains actes techniques.

Par ailleurs, il ne faut pas occulter l'acceptation de la machine par le patient, qui passera indéniablement par l'accompagnement d'un professionnel avec qui une relation de confiance a été établie, ainsi que par une éducation et un apprentissage du patient à l'utilisation de cette machine.

Le think tank cite que *« les services et applications du numérique vont également conduire à un déport de tâches et d'activités des professionnels vers les patients et à une forme de professionnalisation des patients qui devront apprendre à utiliser de nouveaux outils digitaux »*.

Nous avons pu constater l'essor d'outils digitaux de télérééducation depuis le début de la pandémie covid, début d'entrées de la technologie numérique au service de la rééducation du patient à son domicile.

Il est urgent que cette réflexion soit menée au sein de toutes les professions de rééducation et de ne pas s'ancrer dans une peur de déprofessionnalisation et de déclassement.

De plus en plus d'expérimentations se développent autour d'outils digitaux via des smartphones avec pour objectif de coaching permettant à des patients de réaliser leur rééducation à domicile, sous le regard vigilant d'une technologie doté de capteur et de traitement intelligent des données. Ces applications numériques vont conduire à une véritable révolution dans la pratique de la kinésithérapie libérale.

L'intégration de ces nouvelles technologies est donc inéluctable dans les pratiques kinésithérapiques et de rééducation en général, tant dans les établissements de santé qu'en exercice libéral. L'enjeu consiste donc à réussir à organiser et assurer **la complémentarité entre l'homme et la machine,** construire **cette combinaison d'intelligence humaine et artificielle**.

Il est urgent que cette réflexion soit menée au sein de toutes les professions de rééducation et de ne pas s'ancrer dans une peur de déprofessionnalisation et de déclassement. Comme le cite le think *« cette perte risque de créer un sentiment de déclassement chez les professionnels lié à ce que pourrait être perçu, à tort ou à raison, comme de la déqualification ou de la dépossession face aux automates, la sensation de perte de voire de prestige face aux patients et à l'arrivée de nouveaux professionnels dans le champ de la santé »*.

Les professions de rééducation doivent faire preuve d'agilité dans leurs pratiques, au risque de voir apparaitre dans le champ de la rééducation de nouvelles professions apparentées à des techniciens ou des conducteurs de machine, réduisant la rééducation d'un patient à la programmation d'une technologie pour une pathologie donnée.

Le think tank cite que « *ces innovations technologiques sont déjà à notre porte et prêtes à sortir des laboratoires. L'incertitude concerne la capacité de tous les acteurs à s'y adapter, et à progresser ensemble, sans creuser les inégalités sociales, technologiques, territoriales* ».

Une réflexion est donc à mener pour intégrer ces nouvelles technologies dans les pratiques rééducatives, comme une opportunité, une valeur ajoutée et non une menace. Si l'utilité de ces nouvelles technologies n'est plus à démontrer, l'enjeu est donc de faire évoluer les compétences des professionnels de terrain, de les accompagner dans l'appropriation de ces nouvelles technologies, dans un souci de protection des identités professionnelles et du périmètre d'action. Il sera également nécessaire de faire évoluer le contenu de la formation initiale des futurs professionnels.

Une réflexion est donc à mener pour intégrer ces nouvelles technologies dans les pratiques rééducatives, comme une opportunité, une valeur ajoutée et non une menace

Enjeu Ressources Humaines : accompagnement, formation et adhésion

Dans un objectif d'acculturation plus rapide des professionnels de santé aux outils numériques, le think tank fait référence à une méthode de développement professionnel continue : le mentoring inversé « *il s'agit de permettre aux plus jeunes d'apprendre aux plus anciens* ».

Le mentoring inversé est un apprentissage intergénérationnel, très utilisé dans le cadre de la transformation digitale. Il est évident que les jeunes des générations Y qui ont grandi dans un environnement numérique sont plus à l'aise à l'utilisation des nouvelles technologies, comparé aux générations précédentes. Ils présentent une plus grande agilité et appétence à l'utilisation des nouvelles technologies qu'ils peuvent ainsi transmettre aisément aux plus anciens, qui à leur tour grâce à une expérience métier pourront poser des limites dans l'intérêt du patient et de ses possibilités de récupération.

Au-delà de la formation continue, le mentoring inversé peut permettre de renforcer le dialogue intergénérationnel et de décloisonner les mentalités, pour une meilleure compréhension des uns et des autres.

Enjeu Ressources Humaines : fidélisation, culture d'entreprise et sentiment d'appartenance

Afin de faciliter l'appropriation des professionnels à ces nouvelles technologies, le think tank fait référence au développement du Co-design. « *L'établissement hospitalier doit pouvoir être un lieu pour ce Co-design* ».

Le Co-design consiste à associer les utilisateurs (professionnels de santé) à la conception de nouveaux outils pour le bénéficiaire (le patient) dans un espace-temps dédié à l'innovation. Il permet de faire émerger des idées pertinentes par les professionnels de terrain au plus proche des besoins du patient et des possibilités d'amélioration de leurs conditions de travail. « *Soutenir les innovation tech portées par les professionnels au sein des établissements de santé* ».

Le Co-design conduit ainsi à plusieurs effets bénéfiques : favoriser l'émergence d'une culture d'entreprise et le développement d'un sentiment d'appartenance, ainsi que participer à l'attractivité et à la fidélisation des professionnels.

…. ces outils managériaux nécessitent de libérer du temps aux professionnels de terrain, ……

… Ce temps doit être identifié et trouvé sur les activités rééducatives reprises par les nouvelles technologies.

Que ce soit le mentoring inversé ou le Co-design, ces outils managériaux nécessitent de **libérer du temps aux professionnels de terrain, clairement définis sur leurs agendas**, de développer, en amont, des méthodes et des outils pédagogiques et y définir une organisation adaptée aux besoins.

Ce temps doit être identifié et trouvé sur les activités rééducatives reprises par les nouvelles technologies.

Le développement de ces nouvelles technologies dans la santé va être certainement très rapide dans les prochaines années, leurs disponibilités et leurs financements ne seront probablement pas une difficulté majeure pour les établissements de santé, mais davantage sur la formation, l'adhésion et l'appropriation de ces nouvelles technologies par les professionnels expérimentés.

Le besoin de montée en compétences nécessitera indéniablement une réflexion sur la valorisation salariale, pour le Masseur-kinésithérapeute salarié par une prise en compte des formations effectuées.

TELECHARGER LE LIVRE BLANC :

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

Pour en savoir plus,
les travaux du CNKS sur l'IA :

JNKS 2019 : **Mouvement perturbé et activité face au(x) défi(s) de l'intelligence artificielle –** Pierre Henri Haller

JNKS 2020 : L'intelligence Artificielle (IA) en santé … et en réadaptation

Mouvement perturbé et activité face au(x) défi(s) de l'intelligence artificielle – Pierre-Henri HALLER

IA en réadaptation : changement, rupture des pratiques professionnelles ? – Aurélien AUGER & Barbara BONECKA

IA & Ethique – David GRUSON, docteur en droit de la santé à l'initiative de ETHIK-IA (75), *auteur de S.A.R.R.A, une IA et la machine, le médecin et moi*

Kinéscope
La lettre
& l'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations
et aux hospitaliers ukrainiens

cnks
Vecteur d'idées & lien
des kinésithérapeutes salariés

L'ESSENTIEL BREVES ACTU

CODE GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Le 1er mars 2022 est entré en vigueur le **Code général de la fonction publique**, qui s'applique, à 5.6 millions d'agents publics.et représente un véritable pendant du Code du travail pour les salariés du secteur privé.

Il s'agit donc **d'une codification de dispositions législatives qui se nommaient jusqu'alors « Statut …. »**. Cette publication est en application de l'ordonnance n° 2021-1574 du 24 novembre 2021 publiée le 5 décembre 2021 au Journal officiel, qui créé la **partie législative** du **Code général de la fonction publique**.

Ce nouveau code - le **77ème code de notre droit -** regroupe ainsi à droit constant **l'ensemble des dispositions législatives applicables aux agents publics issue d**es quatre lois statutaires historiques de 1983, 1984 et 1986 et celles de dispositions plus récentes intervenue depuis.

EXERCICE & DEFINITION DE LA PROFESSION MK

Au Journal Officiel :
Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 dans son article 4 indique :

Avant le dernier aliéna de L'article L.4321-1du Code de la Santé Publique il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Le masseur-kinésithérapeute **peut** renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales **d'activité physique adaptée** dans des conditions définies par décret ».

X X X

Une nouvelle avancée dans la « reconnaissance » et la « responsabilisation »

Reste à attendre le décret et à distance à observer comment les collègues se saisiront de cette nouvelle opportunité de prescription.

La vie de l'asso° L'ESSENTIEL

ENQUETES *Express & Flash* 2022 de FEVRIER à JUIN

- RATIOS
- CONTINUITE DES SOINS
- ACCOMPAGNEMENT ETUDIANTS STAGIAIRES (*)
- .....

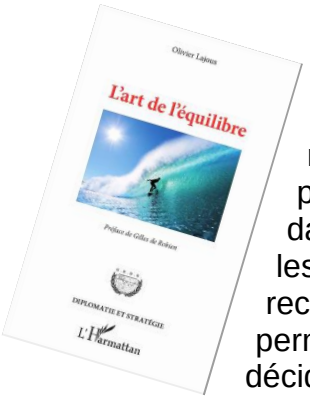
<u>on compte sur vous</u>
pour y <u>participer</u>
& pour les <u>relayer</u>
au sein des hôpitaux,
des SSR, et des EMS

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

(*) avec la FNEK

Lu pour nous L'ESSENTIEL

L'art de l'équilibre, Olivier LAJOUS, L'Harmattan, septembre (2016).



L'Amiral Olivier Lajous parle d'équilibre et de surf en connaissance de cause : il a sillonné les mers. Entré au sein de la Marine nationale comme simple matelot, devenu amiral au ministère de la Défense, récompensé DRH de l'année en 2012, il tire de ses navigations humaines et nomades des leçons de vie.

« On reconnaît l'intelligence à la capacité de supporter les incertitudes » Emmanuel Kant.

Être marin - être humain - c'est avoir le goût de la rencontre et des voyages et faire face à l'incertitude de ces rencontres et ces voyages. Rester en équilibre sur la planche de surf, c'est un défi qui parle de nos émotions et de nos décisions face à l'incertitude.

Chercher l'équilibre c'est apprendre à entendre et exprimer ses émotions. Apprivoiser la vague qui est très puissante, avec confiance et vigilance tout en regardant l'horizon, ça ne veut pas dire se laisser porter mais bien au contraire avec patience et détermination chercher le bon équilibre entre les forces et les faiblesses.

« Personne ne peut me blesser sans ma permission » Mahatma Ghandi.

La guerre, c'est le déferlement de l'ennemi, le dérèglement des organisations et la divergence des points de vue. Face à l'angoisse et l'urgence des crises, Olivier Lajous nous invite à reconnaitre et accepter nos émotions.

Si les événements ou les personnes nous blessent, notre colère ou notre peur peuvent nous mettre en danger et mettre en danger les autres. Connaitre et reconnaitre nos émotions permet de rester concentré et décider, ici et maintenant, sans se laisser submerger. L'intelligence et le discernement se construisent par un langage riche et nuancé.

« J'ai connu ce qu'il y a de pire, qui est le jugement des hommes ». Albert Camus

Pour Olivier Lajous, il convient de questionner le sens de nos actions et être congruent car « on ne peut pas être passager clandestin de sa vie ». S'enrichir, c'est être curieux, accueillir l'autre sans à priori, ne jamais fermer la porte aux rencontres. Ainsi il nous parle de collaboration, de confiance, d'exigence, de bienveillance, d'innovation et d'agilité collective, nous proposant sans cesse construire des ponts entre le JE et le NOUS … genou, articulation du lien.

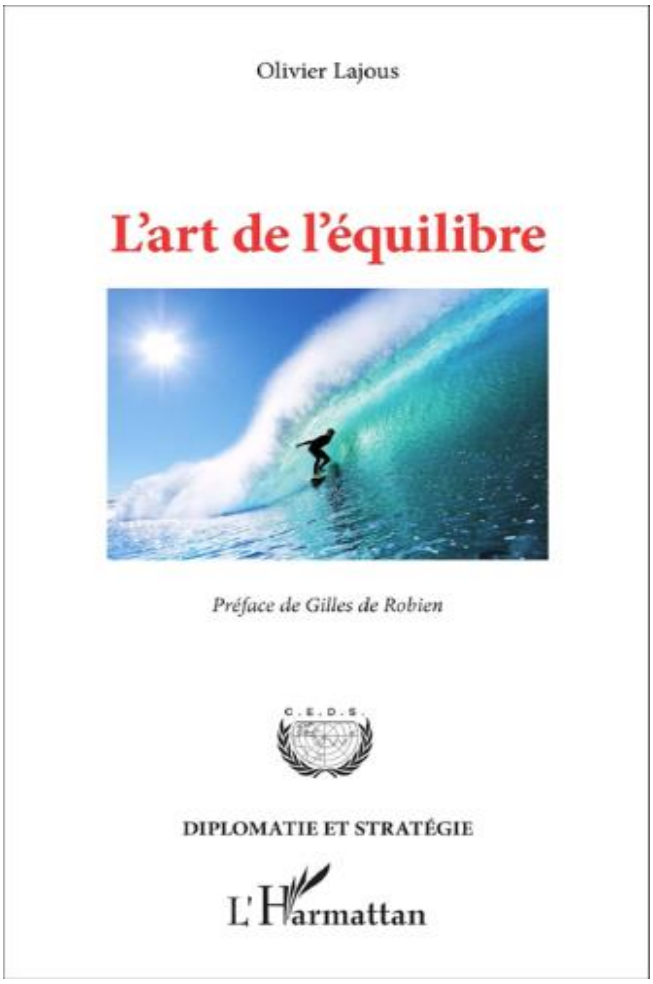
« Ne dites pas aux gens comment faire les choses, dites-leur quoi faire et laissez-les vous surprendre par leurs résultats ». George S. Paton.

Face à l'incertitude l'intuition est une alliée fantastique. Elle se nourrit de nos sens et de nos émotions. S'enfermer dans le rationalisme c'est s'enfermer dans un cadre et dans un dogme figé.

C'est se priver de l'intuition de la créativité et se mettre en danger. Re-construire les règles, c'est apprendre et ré-apprendre à vivre ensemble avec l'intuition.

Partager l'émotion et le sens dans l'incertitude c'est se sentir utile « en équipage » pour tisser du lien et trouver de l'équilibre dans le déséquilibre. L'incertitude et l'émotion, ne se gèrent pas mais s'acceptent et s'apprivoisent ensemble. Le collectif et son intelligence sont alors une richesse.

Pierre-Henri Haller



"L'équilibre est-il source de vérité et de sérénité, ou au contraire risque d'immobilité et d'insécurité ?

En quoi est-il une clé fondamentale dans la conduite des organisations ? Entre labeur et bonheur, exigence et bienveillance, confiance et reconnaissance, agilité et fragilité, JE et NOUS, innovation et tradition, sens et finances, quels sont les points d'équilibre ?

L'Equilibre est au coeur de la vie et nous invite sans cesse à être en mouvement et questionnement, action et réaction, émotion et raison : une savante alchimie qui peut nous guider dans une compréhension apaisée de la vie."

Éducation et beauté.

De l'Auto-éducation à l'éducation.

Ce terme renvoie au concept d'apprentissage. Apprendre est une activité spontanée chez le petit enfant qui en découvrant ce qui se trouve autour de lui va chercher à le toucher, à s'en emparer et construit ainsi son rapport à ce qui l'environne. La difficulté à réaliser ce qu'il désire va lui permettre d'apprécier la distance qui le sépare des éléments qu'il convoite, et progressivement il apprend à réussir par la connaissance de lui-même. (Arriver à attraper son hochet lui apprend la distance entre son corps et l'objet). C'est le préliminaire à l'auto-évaluation et il en sera de même pour les autres activités sensorielles et sensitives. C'est cet entrainement à la connaissance de lui-même, qui lui apportera la base nécessaire pour développer, entre autres, sa sensibilité à l'esthétique. Il faudra sans cesse remettre en question cette construction qui évoluera tout au long de sa vie par la diversité des rencontres, par les savoirs acquis et qui constitue le registre des nuances qu'il pourra utiliser pour décliner sa réalité au monde.

Au-delà de l'auto éducation arrivent les connaissances transmises par l'enseignement dont il va s'emparer avec plus ou moins de différence de celles de l'enseignant. Cet écart constitue aussi le socle de sa propre appréciation.

L'éducation est à la fois un phénomène singulier et pluriel. Singulier dans le sens où je me nourris par moi-même et je suis nourri par les autres. Le processus éducatif est à double sens pour remplir sa mission d'élévation de l'individu.

Des mots et des nuances pour la beauté.

Le beau nous interpelle différemment selon l'histoire vécue par chacun. C'est en ce sens que l'émotion que suscite le Beau est individuelle. Toutefois face à des paysages remarquables nous pouvons être nombreux à éprouver une émotion apparemment proche de celle de nos voisins. La différence entre l'individuel et le collectif dans ce cas réside dans la résonnance de cette perception avec notre culture, avec notre éducation, avec la mémoire d'émotions antérieures (qui peuvent s'associer à des souvenirs de circonstances, de personnes), apportant une coloration personnelle à la seule esthétique de l'objet considéré.

« Être nuancé est un art délicat qui s'acquiert de façon volontaire et qui n'est pas à confondre avec une forme d'indifférence, c'est une affirmation de soi tout en prenant les autres en considération. »[1]

L'image est associée aux mots qui la qualifie ; le choix des mots est dépendant de l'étendue du vocabulaire de chacun. Chacun dispose d'un véritable « nuancier » de mots pour exprimer ses choix en correspondance avec ce qu'il éprouve ; plus le nuancier est riche plus la concordance entre le ressenti et l'expression sera grande. L'acquisition de mots différenciés est un processus éducatif et ne relève pas de la seule spontanéité de la personne. Le besoin de dire de façon précise, relève d'un désir de se connaître. L'environnement social dans lequel on évolue et vers lequel on souhaite aller, est un incitateur à l'acquisition d'un vocabulaire étendu.

[1] Philippe Stévenin, Facebook, Mai 2021

Le milieu culturel va orienter les thématiques du « nuancier » par exemple chez les peuples esquimaux il existe un très grand nombre de mots pour préciser les qualités de neige alors que l'européen n'en disposera que d'une petite poignée.

L'acquisition des mots se fait par mimétisme chez l'enfant qui reproduit ceux de son entourage. Selon qu'il sera « en appétit » il empruntera les expressions de ses amis, de ses éducateurs, des livres ;tous ces mots lui donnent des occasions de développer son imaginaire voire même d'en créer lui-même. Toutes ces nuances vont « s'ajouter à l'essentiel pour le modifier légèrement [2]»

La découverte d'autres civilisations conduit aussi à comprendre d'autres représentations de la beauté. Ainsi Philippe Descola dans son dernier livre (les formes du visible, Ed. Seuil, 2021) parle de la continuité et de la discontinuité entre humains et non humains. Il raconte qu'en Amazonie les humains sont régis par les lois de la nature et les animaux sont aussi des esprits.

Ainsi le rôle de l'éducation (dans le double sens étymologique *educere* « nourrir » et celui de *educare* : montrer le chemin) est déterminant pour favoriser la découverte de ce qui est regardé et pouvoir le nommer. Le mot devient support de l'image qui elle-même suscite le mot.

Regarder ensemble un paysage avec un proche, sans parler de la beauté que nous sommes ensemble à partager, renforce encore plus ce sentiment de vivre dans un temps suspendu et dans un espace limité à notre seule présence face à la beauté qui nous transporte. Il y a alors une véritable symbiose entre les participants à ce spectacle.

Les mots qu'utiliseront les observateurs pour en parler seront différents, propres à chacun ; mais les mots permettront de ré-évoquer les images stockées en mémoire et de « réanimer » a minima l'émotion du moment vécu, comme si la vision avait « refroidi » l'enthousiasme d'alors.

Découvrir plutôt que répéter

Pour connaitre les nuances encore faut-il savoir les observer apprendre ou réapprendre la sensation dans sa pureté en évacuant les associations d'idées automatiques qui nous empêchent de reprendre notre corps en main de se le réapproprier. Poser sa main sur une table et découvrir qu'elle est plus fraiche que le matériau ou l'inverse c'est aussi arrêter sa pensée automatique pour se laisser envahir par la sensation de ce qui n'est pas nous-mêmes.

C'est un entrainement quotidien qui nous permet, à volonté, de s'accorder ce ré-enracinement avec le réel par l'intermédiaire de nos sens.

Le beau peut-il s'apprendre ?

L'apprentissage du regard peut être guidé par les questionnements qui favorisent la découverte (ex. découvrir d'où vient la lumière sur un tableau, le jeu des apparences diverses en fonction de l'environnement immédiat, une couleur est vue différemment selon la couleur qui l'encadre…). La réponse est à trouver, seul le chemin sur lequel porter le regard est à indiquer ; c'est une condition essentielle pour créer son propre référentiel. Il sera ensuite opposable à celui de l'Autre. Les connaissances transmises par les accompagnants doivent être questionnées afin de ne pas devenir des dogmes qui enferment, l'éducation au sens critique participe à la construction de soi.

[2] Nuance, Dictionnaire Robert.

La vue comme tous nos autres sens nous permettent d'appréhender une partie du réel et chacun, différent de l'autre, va découvrir (ce qui était couvert) et interpréter ce qu'il croit.

Philippe Descola[3] raconte la fable de l'éléphant et des 6 aveugles qui en s'approchant de l'animal vont en touchant une patte dire qu'il s'agit d'un pilier, un autre en touchant la trompe va croire qu'il s'agit d'un serpent, un autre au contact de son oreille va croire qu'il s'agit d'un éventail. Il y a ainsi autant d'interprétations que de personnes et cela nous permet de questionner la nature du réel. « La multiplicité des approches favorise la compréhension d'un objet complexe » disait Stendhal.

La culture dans laquelle chacun est immergé est déterminante sur ses désirs et ses choix. C'est ce que le marketing a bien compris, en utilisant la mode comme attracteur pour piloter les ventes. Chaque individu est amené à faire partie, qu'il le désire ou non, d'une communauté de pensées et d'actions qui conduit ses actions (habillement, loisirs, supports culturels et cultuels…) comme preuves d'appartenance à cette communauté. Nous pouvons facilement trouver des centaines d'exemples, de cette recherche d'appartenance, qui contribuent à nous donner (parfois de façon illusoire) le sentiment d'être entouré ou de disposer de nombreux amis (comme sur les « like » d'internet).

« La beauté est libre comme l'imagination, on ne peut pas influencer sur le regard un enfant. » Cette citation est naïve, car influencer commence dés la vie intra utérine par le jeu des émotions que vit la mère et qui créent autant d'empreintes qui resteront inconscientes pour l'enfant mais qui seront prises en compte dans ses comportements ultérieurs. Puis le milieu familial, scolaire, les relations, seront autant de « matériaux » qui serviront à construire la réaction de la personne face à une émotion.

La science est capable aujourd'hui d'expliquer comment nos émotions déclenchent des libérations d'hormones selon les types de stimuli et influencent notre ressenti face à la beauté (ex. face à la musique).

Mais connaître la voie physiologique ne suffit pas à comprendre le passage du facteur déclencheur au ressenti affectif de chaque individu. Il faut rester prudent encore une fois sur cette recherche de « normalisation », apportée par les statistiques et par les mécanismes physico-chimiques qui excluent en partie l'être de son support corporel. Chaque individu est singulier et doit être considéré comme tel pour l'accompagner dans les démarches éducatives et en particulier en regard de l'esthétique. Mais la société de consommation trouve sa plus-value à définir le « normal » pour faciliter le regard partagé du plus grand nombre sur les produits (y compris culturels) à vendre.

Ainsi affirmer que notre regard n'est pas influençable c'est ignorer cet enchaînement d'éléments qui ont tissé une trame d'interprétation de nos émotions sur laquelle viendront s'ajouter sans cesse les « surprises » quotidiennes. Par ailleurs, le rôle « nourricier » de l'éducation consiste bien à accroître le stock de rencontres physiques et abstraites auxquelles nous pourrons faire référence pour mieux nous connaître et comprendre ce qui nous entoure avec un regard qui nous est spécifique à un moment donné.

La fonction principale de l'accompagnement éducatif pourrait se résumer à une chose : « mettre en appétit » Jean Jacques Bonniol disait que le formateur était comme un « maître queue » qui vient accommoder les ingrédients pour susciter l'envie par la stimulation des sens qu'il propose de découvrir. L'initiation aux différentes formes du « beau » est ou devrait être une découverte de l'émerveillement.

Philippe Stévenin, Novembre 2021

[3] **Philippe Descola, les formes du visible, Ed. Seuil, 2021**

KALEÏDOSCOPE Evènements

A VOS AGENDAS

VISIO-CONFERENCES STKS 5

ATTENTION : date & thème modifiés

Kinésithérapie salariée & personnes âgées : quel(s) parcours ?

Vendredi 1er avril 2022

18 h 00 à 19 h 30

vous souhaitez y participer ?
connaître les conditions d'inscription ?
~~> mail à : contact.cnks@gmail.com

KALEÏDOSCOPE Evènement

A VOS AGENDAS

VISIO-CONFERENCES STKS 6

MK salariée & Ambulatoire

Jeudi 17 juin 2022 18 h 00 à 19 h 30

A VOS AGENDAS

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.