

Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

n° 19

mai 2022



KINESI THERAPIE
THERAPEUTES

& TERRITOIRE(S)

2^{ème} partie

Kinésithérapeute salarié-e et...

Les maux des mots :
L'interpr...



Rééducation
en Gériatrie



cnks

Collège National de la
Kinésithérapie Salariée

Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

www.cnks.org

contact.cnks@gmail.com



SOMMAIRE

- **PERISCOPE** *l'édito du Président*
La carte n'est pas le territoire P-H Haller p.3
- **ASSOSCOPE** *la vie de l'association* p.4
- **KALEIDOSCOPE** *Brèves & actualités*
Décrets Réa, Recherche Paramédicale, SSR & CSAR La rédaction p.5 à 13
- **L'ESSENTIEL** *Les Maux des Mots*
Territoires : L'interprofessionnalité (2^{ème} partie) La rédaction p. 14 à 37
- **RETOURS D'EXPERIENCES** *En secteur médico social*
MK salariée et Handicap - Médico Social Enora Le Calvez p.38 à 39
- **PRATICOSCOPE**
MK salariée & Personnes âgées Edwige Carette Tissandier p.40 à 45
- **L'ESSENTIEL** *Lu pour nous*
Réparer les cerveaux -
Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC P-H Haller p.46 à 47
- **JNKS REIMS 2022**
Pré-programme et Bulletin d'inscription La rédaction p.48 à 51

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

APOSTILLE

Plus nous sommes autonomes,
plus nous devons assumer
l'incertitude et l'inquiétude,
plus nous avons besoin de reliance.

Edgar Morin

P l'édito du président PERISCOPE

LA CARTE N'EST PAS LE TERRITOIRE

Comment penser une santé publique et globale sans penser une santé territoriale ? La santé publique serait cette possibilité d'accès inconditionnel à un état de bien-être physique psychique et social. La maladie serait l'expérience individuelle d'une rupture de cet équilibre. Comment alors penser une politique de santé qui soit juste ? Comment imaginer la santé autrement que comme une expérience globale dans un territoire ?

L'hétérogénéité des accès aux soins, l'hétérogénéité des situations de fragilité, de handicap et de dépendance, l'hétérogénéité des institutions et de leurs modes de financement, nous invitent à inventer des interventions graduées et des soins individualisés inscrits dans des parcours au sein de territoires. Une politique de santé qui prône une santé territoriale devient alors un enjeu de démocratie sanitaire et d'accès collectif à la disponibilité des moyens et des ressources. Des impératifs éthiques nous imposent une approche de territoire et de flux qui permettent de rendre disponible l'ensemble des moyens au service des personnes.

Si l'attractivité et la fidélisation ne peuvent se penser que par le sens de l'engagement même des acteurs de santé des institutions, une démocratie sanitaire ne se pense et ne s'agit qu'avec une inclusion réelle et sincère des bénéficiaires en qualité de co-acteurs et de co-décideurs.

Et une démocratie sanitaire ne se pense et ne s'agit qu'en soutenant et valorisant ses acteurs, en soutenant **leurs identisations** plus que leurs identifications. Leur diversité et leur convergence donnent un **sens collectif** au(x) soin(s), du fait de la pertinence de leurs pratiques professionnelles et de la cohérence de leurs collaborations interprofessionnelles c'est-à-dire la coordination des activités et la coopération des acteurs.

Parce que demain se pense aujourd'hui, la démocratie sanitaire doit être une œuvre collective des politiques, de tous les acteurs professionnels, des acteurs associatifs et des usagers. La carte n'est pas le territoire (1) tout comme le mot ne représente pas l'objet (2).

(1) « La carte n'est pas le territoire, ne représente pas tout le territoire, est auto-réflexive » **Alfred Korzybski**

(2) « en effet, les mots dont nous nous servons pour désigner les objets, et par la suite pour les qualifier, les classer, les juger, ne sont pas sur le même niveau que ces objets eux-mêmes » **Hélène Bulla de Villaret**

La vie de l'association **ASSOSCOPE**

Parce qu'une « association pro » ne peut vivre, fonctionner et agir sans des professionnels adhérents, membres abonnés ou correspondants, ni sans équipe de membres militants,

Parce que pour vous le métier de Kinésithérapeute Salarié a des spécificités à promouvoir, à défendre, et à porter.

Impliquez-vous,
Soutenez le CNKS !

Devenez adhérent
soit membre abonné
soit membre correspondant



Adhésion 2022 : lien + [clic + ctrl]

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

K les brèves & les actualités **ALEIDOSCOPE**

Parce que toutes les composantes sociologiques - y compris celles du monde de la santé bien évidemment - et leurs différentes organisations professionnelles, syndicales ou associatives - de notre pays ont pour mission de défendre et promouvoir les acteurs et les activités qui les concernent et que l'on peut aussi nommer « leurs territoires »,

Parce que le renouvellement politique démocratique est en cours, en ce courant avril au travers des élections présidentielles puis en mai au travers des législatives, qu'un nouveau gouvernement, un nouveau Premier Ministre, un nouveau Ministre de la santé ... seront à la barre très prochainement, et que les organisations susnommées ont plus ou moins tenté d'alerter les candidats, ont élaboré des plate-formes de souhaits et de revendications, cette rubrique **KALEIDOSCOPE brèves & actualités** sans prétendre être exhaustive s'efforce de vous signaler et vous rapporter pour libre appréciation la teneur de quelques-unes des très nombreuses propositions souvent, évocatrices de « territoires ».

PRIX DE MEMOIRES « KINESITHERAPIE SALARIEE » A L'OCCASION DES JNKS REIMS2022 LE CNKS DECERNERA DES PRIS DE MEMOIRES *

- (*) de fin d'études initiales
- ou de formation cadre ou de diplôme universitaire
- déjà validés par les institutions diplômantes
- datant de moins de 4 ans au maximum (2018 et après)
- dont le sujet est en lien étroit avec l'exercice salarié.

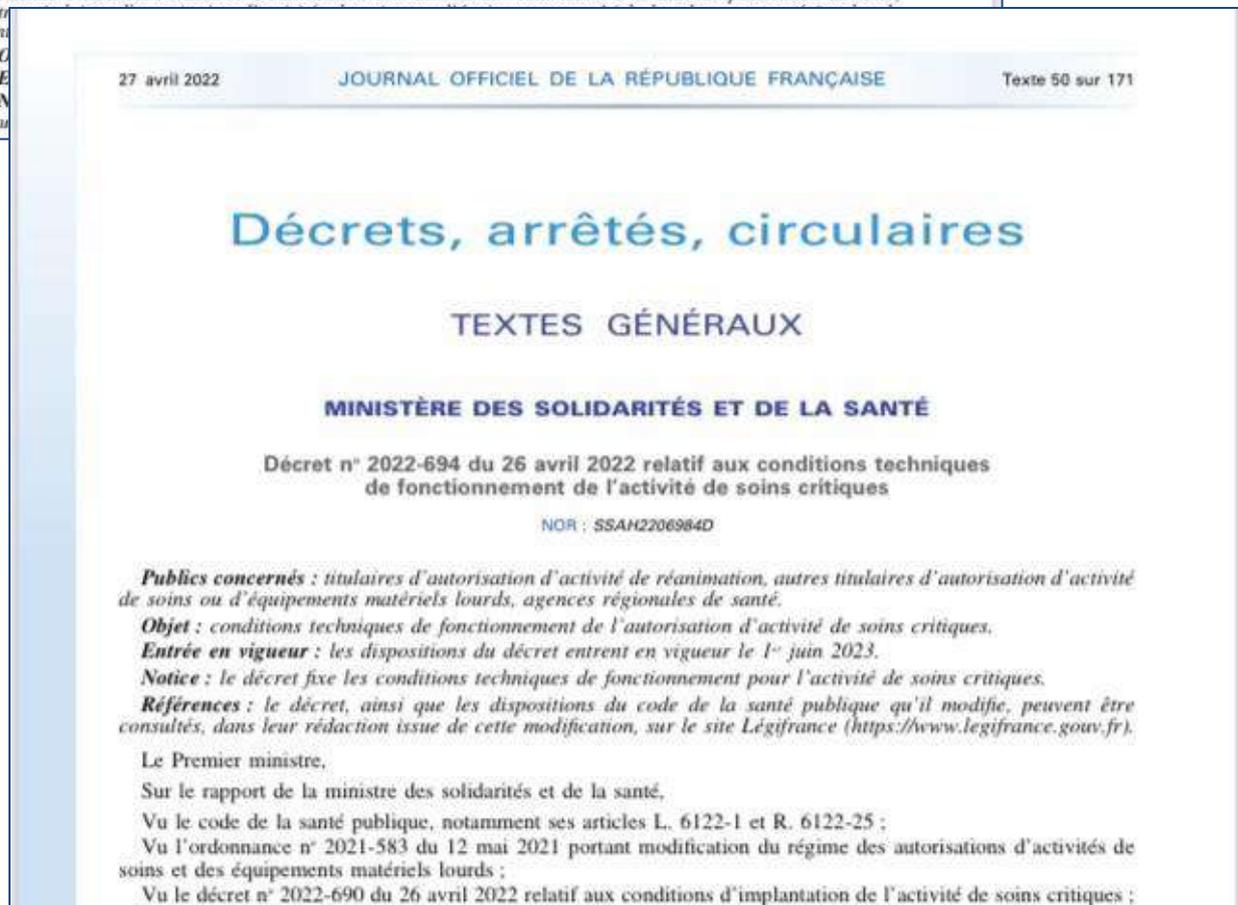
Mémoire à adresser à contact.cnks@gmail.com
accompagné d'un courrier de candidature
et d'attestation de note /mention de la validation institutionnelle.

KINESITHERAPEUTE(S) & SOINS CRITIQUES [REANIMATION & SOINS INSTENSIFS] : NOUVEAUX DECRETS ... un plus à poursuivre ?



Publics concernés : titulaires d'autorisation de l'activité de réanimation à la date de publication du texte.

aut
sant
O
E
N
l'au



Le précédent décret (2002), officialisait la participation de(s) MK au sein de ces services ~->

Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (NOR : MESH0220983D)

Art. D. 712-109. - Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum :

- « - deux infirmiers pour cinq patients ;
- « - un aide-soignant pour quatre patients.
- « L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, au moins une puéricultrice.

Art. D. 712-110. - L'établissement de santé doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et doit disposer, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale. »

20 ans plus tard, 20 déjà, 20 ans enfin deux nouveaux textes règlementent (plus ou mieux ?) le fonctionnement des services de soins critiques ~->

Décret n°2022-694 du 26 avril 2022 Décret n°2022-694 du 26 avril 2022

« Art. D. 6124-28-4.-L'équipe non médicale de **l'unité de réanimation** comprend **au moins** :

- « 1° Deux infirmiers pour cinq lits ouverts ;
- « 2° Un aide-soignant pour quatre lits ouverts ;
- « 3° **Un masseur-kinésithérapeute** en mesure d'intervenir sept jours sur sept dans l'unité, justifiant d'une expérience attestée en soins critiques ;
- « 4° Un psychologue ;
- « 5° En tant que de besoin un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.

« Les personnels mentionnés aux 1° et 2° sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé.

« Art. D. 6124-28-5.-L'équipe non médicale **d'une unité de soins intensifs**, polyvalente ou de spécialité, de mention 1° ou 2° mentionnées à l'article R. 6124-34-1 **comprend au moins** :

- « 1° Un infirmier pour quatre lits ouverts ;
- « 2° De jour, un aide-soignant pour quatre lits ouverts et, de nuit, un aide-soignant pour huit lits ouverts ;
- « 3° **Un masseur-kinésithérapeute** justifiant d'une expérience attestée en soins critiques ;
- « 4° En tant que de besoin un psychologue, un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.

« Les personnels mentionnés aux 1° et 2° sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé.

KINESCOPE a recueilli divers avis sur ce décret et ses implications pour les MKs hospitaliers :

Concernant les « ratios » de MK, dans le nouveau texte je remarque :

- que l'expression « en permanence », càd 24 sur 24 h, est devenue 7 sur 7 jours
- que les MK sont cités en point 3 sans notion de ratios / lits alors que cela l'ait pour les profession des points 1 et 2. Le calcul des ETP de MK dans le service de réanimation ou soins intensifs reste donc à l'appréciation de l'encadrement et de la DRH en fonction bien sûr des organisations de chaque site.

Hervé Chanut
CDS MK AP-HP

Mon point de vue est que ce décret doit permettre aux kinésithérapeutes de faire partie de l'équipe de réanimation et soins critiques. Le précédent décret stipulait que l'équipe de réanimation comprenait au minimum 1 IDE pour 5 patients et 1 AS pour 4 patients. L'hôpital devait pouvoir faire intervenir un kinésithérapeute en permanence en réanimation. Aujourd'hui la lecture du nouveau décret est plus stricte pour les hôpitaux et impose au minimum un kinésithérapeute par unité de réanimation et un kinésithérapeute par unité de soins critiques.

En espérant que les directions et les kinésithérapeutes profiteront de ce décret pour affirmer leur place dans les réanimations et soins critiques.

Guillaume Fossat
MK Réanimation, CHR Orléans

A la première lecture rapide, j'ai eu un espoir de voir dans un texte officiel le premier ratio de temps MK dans un service, nous permettant de mettre en adéquation le temps nécessaire de kinésithérapie en réanimation.

Finalement il n'en est rien, si ce n'est la spécification de la nécessité du temps kiné dans ces services 7 jours/7, attestant d'une expérience en soins critiques.

Bien entendu, le bienfondé de ce texte est indéniable et marque l'élément indispensable qu'est devenu le kinésithérapeute en réanimation ; mais la complexité d'organisation et de mise en œuvre sont réelles.

Ces nouveaux éléments risquent de creuser des inégalités entre établissements de soins, directement liées à la taille de celui-ci et du service, du nombre de kinésithérapeutes présents au quotidien et sur les weekends, à leurs compétences, qui plus est attestées, et surtout à la sécurité professionnelle nécessaire à un tel exercice.

Emmanuelle BERTEAU
Cadre Supérieur de Santé de Rééducation
Secteur de Rééducation- CHU de Bordeaux

Nos effectifs en masseur-kinésithérapeutes nous permettent déjà de remplir les conditions de composition des équipes non médicales du décret. Nous avons donc la chance que certains des masseur-kinésithérapeutes soient spécifiquement formés et expérimentés dans les domaines de la réanimation (art. D. 6124-28-4) et de soins intensifs polyvalents (Art. D. 6124-28-5), des soins intensifs de cardiologie (Art. D.6124-29-3) et des soins intensifs de neurologie (Art. D. 6124-30-3).

Nos organisations visent à assurer une présence quotidienne en semaine dans chacun de ces services. La continuité des soins est assurée les week-end et jours fériés avec une présence en garde de deux masseur-kinésithérapeutes par jour pour l'ensemble des services dont un mk dédié à la réanimation et aux soins intensifs polyvalents.

Les ergothérapeutes qui interviennent en réanimation et en soins intensifs polyvalents et de cardiologie ne sont pas spécifiquement dédiés à ces services. Les soins intensifs de neurologie ont quant à eux, deux ergothérapeutes et une orthophoniste dédiée.

Ces secteurs constituent des pôles d'attractivité non négligeable pour les rééducateurs qui souhaitent y développer des compétences d'expertise.

Gwendoline Gand,
CDS, CH ANNECY

Ravie de voir l'importance accordée aux kinés des services de soins critiques dans ce décret ! Une démarche riche de sens pour favoriser le sentiment d'appartenance pour les kinés et favoriser le développement de l'expertise clinique et/ou scientifique ! Une belle opportunité pour l'HNFC de poursuivre la dynamique initiée que j'ai (eu) l'honneur d'accompagner grâce à un professionnel hors pair du service et de sa pleine confiance (merci Laurent Faivre) sur la voie de la rééducation basée sur les preuves au profit de la qualité des soins des patients de réa !

Marine Brika MK formatrice IFMK CH

« Ce nouveau décret est satisfaisant du fait de la nomination officielle des kinésithérapeutes dans les unités de soins critiques, néanmoins rien n'est formalisé (ratio / 7 sur 7 jours).

Les unités spécialisées paraissent aussi intéressantes, notamment celles dénommées « respiratoires ».

Les liens avec les MPR ne sont pas détaillés...

Ce décret interroge les répartitions territoriales (disparités régionales, désertification) et locales (CHU/CHG...).

Anne Freynet
MK Réanimation, CHU Bordeaux
Présidente du Conseil Scientifique de la SKR

Pour le CNKS :

- il faut saluer la confirmation de la place du/des MK(s) en tant que **membre(s) constitutif(s) des équipes** de ces services.
- pour autant **l'absence de ratio(s)** (indiqué pour les IDE et AS) ou le flou sur la permanence (passant de 24/24 h à 7/7 jours) interroge ; même si à l'évidence les différents types de réa (médicale ou chirurgicale) d'une part mais aussi à l'intérieur de celles-ci les types de patients et leurs pathologies font à l'évidence varier les modalités et types de prises en charge/prises en soins et donc les besoins.
- pour les USI aucune indication temporelle (ni 24/24h ni 7/7) ?

Entre un « cadrage trop rigide et des cloisons mobiles » ce n'est jamais simple de savoir quelle est la bonne solution. Il en va ainsi et aussi de la question - pour les personnels cités au 3°, au 4° et au 5° - du rattachement (fonctionnel à minima) au cadre de santé garant de la qualité des soins sur le périmètre de ces services. Ce qui pose ou re-pose la sempiternelle question du « service central de rééducation » et des « rattachements hiérarchiques et fonctionnels ».

A NOTER AUSSI DANS CE DECRET :

Art. 3. – I. – Les dispositions du présent décret entrent en vigueur à compter du 1er juin 2023. II. – Le ministre de la santé remet au Premier ministre dans **un délai de dix-huit mois à compter de la publication** du présent décret, **un rapport d'évaluation de la charge en soins infirmiers de réanimation, et du niveau d'adéquation du ratio mentionné** au 1° de l'article D. 6124-88-4, en fonction des besoins de soins des patients, par rapport à d'autres spécialités médicales, dans la perspective d'une évolution, **dans les cinq ans à compter de sa remise**, du ratio mentionné au 1° de l'article D. 6124-28-4 vers un infirmier pour deux lits ouverts. Ce rapport comporte également une évaluation des capacités de formation initiale des infirmiers diplômés d'état.

Si cette mesure (rapport d'évaluation) est de bon aloi effectivement vis-à-vis de nos collègues infirmiers, le CNKS ne peut que regretter qu'elle ne concerne pas les autres « membres de l'équipe » ... au prétexte que justement aucun réel ratio n'a été posé pour les autres. Elle prévoit une éventuelle évolution dudit ratio vers 2 infirmiers par lit ... envisagée pour : 27 avril 2022 + 18 mois = 27 octobre 2023 + 5 ans = 27 octobre 2028. Une gestion prévisionnelle à très longue échéance ... au-delà du quinquennat qui démarre.

KINESCOPE reviendra sur ce très important sujet des « soins critiques et MKs hospitaliers » dans un tout prochain numéro.

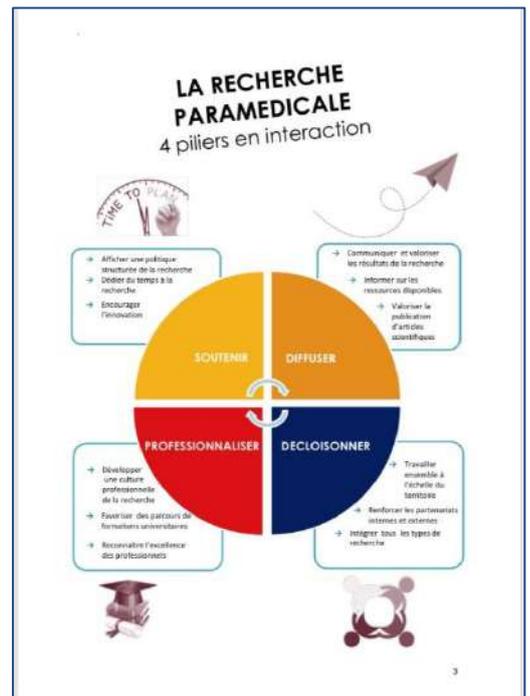
RECHERCHE PARAMEDICALE Le livre blanc de la Commission Nationale des Coordonnateurs de la Recherche Paramédicale (CNCRP)

« Promouvoir la recherche paramédicale, un enjeu de chacun au service de tous, au sein des territoires, par une culture, une structure et des formations ! Le @CNKS_org félicite le @cncrp pour ce livre blanc à lire, à partager, à savoir et à faire savoir. Un document très intéressant qui ouvre de belles perspectives. » (twitter 04.2022)



Nous retenons en particulier la volonté, voire la réalité, de pluriprofessionnalité et de l'interprofessionnalité de la recherche, son intérêt dans le développement du sens donné aux soins pour les patients. L'importance aussi de permettre des parcours professionnels amenant vers la recherche en lien avec les formations initiales et continues. On espère cependant que cette dynamique impliquera les CH de proximité - via par ex la CSIMTR - pour une recherche globale au plus près des patients. On espère aussi plus largement que la reconnaissance statutaire inclura les « **cliniciens chercheurs** », thème cher au CNKS, qu'ils soient cliniciens chercheurs "one shot" avec une grille fonctionnelle, ou clinicien chercheur professionnalisant avec un doctorat et une grille spécifique.

Un rapport instructif à lire ! Retrouvez le : <https://girci-idf.fr/livre-blanc-pour-developper-recherche-en-soins-hopital/>



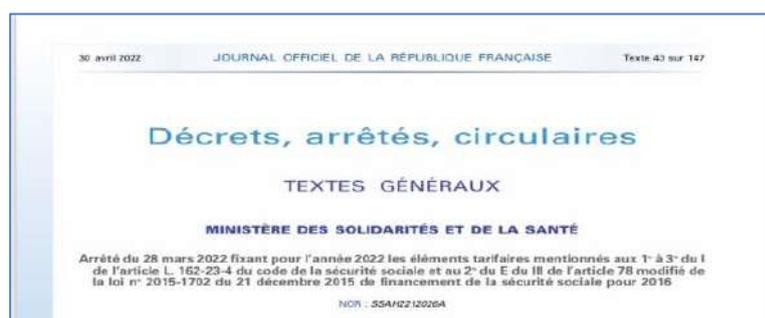
SSR / SMR REFORME du FINANCEMENT

Envisagée depuis 2016 cette réforme du financement des SSR devenant SMR sera effective au 1^{er} janvier 2023. C'est le décret du 22 avril 2022 qui inscrit la mise en place d'un financement mixte : « *Un montant forfaitaire calculé sur la base de tarifs nationaux de prestations, ainsi qu'une dotation forfaitaire* », indique le texte.

L'arrêté du 28 mars 2022 ... paru au JO du 30 avril 2022 précise les modalités d'application

Ce nouveau mode de financement a pour objectif affiché de valoriser l'approche populationnelle et la qualité. Ce nouveau modèle de financement - désormais identique pour l'ensemble des établissements privés et publics - sera composé à :

- 50 % par l'activité (à ce jour 10 % dans le public et 100 % dans le privé)
- 35 à 40 % de dotation populationnelle,
- 7 % d'enveloppes dédiées aux activités et équipements (dotation pédiatrie, plateaux techniques spécialisés, Migac...)
- 2 % d'lfaq (prise en compte de la qualité)
- 1 % du financement sera consacré aux molécules onéreuses.





REFORME EN COURS du CSARR :

ce
qu'en
disent
unanimentement
les MPR

Madame le Dr Joëlle DUBOIS,
Chef du service Classifications, information
médicale et modèles de financement. ATIH,
13, rue Moreau 75012 Paris

Objet : propositions relatives à la réforme du CSARR

Les organisations de MPR soutiennent le processus de simplification du CSARR mené par l'ATIH.

Cette simplification, souhaitée par la majorité d'acteurs, s'imposait au regard de la complexité d'utilisation du catalogue, du temps passé au codage et des imperfections du système en vue d'une classification fondée sur des groupes de réadaptation. La nouvelle classification proposée par l'ATIH prend effet début mars 2022 et sera intégrée au nouveau modèle global de financement des SMR en 2023.

Les travaux sont très encourageants et nous pensons opportun de soutenir certains principes qui nous semblent aller dans le sens des efforts de l'ATIH et du souci de soutenir la performance du nouveau système de classification sur lequel sera fondée la part à l'activité du futur financement des SMR.

1. Réduire le nombre d'actes en respectant la notion « d'acte spécialisé ».
2. Respecter le périmètre de la réadaptation en harmonie avec la définition des missions des SMR issues des nouveaux décrets du 11 janvier 2022.
3. Regrouper les évaluations sans précision du stade (initial, intermédiaire, final).
4. Les évaluations des médecins ne pouvant être codées en CCAM doivent pouvoir être codées en CSARR : aucun programme de réadaptation en SMR n'étant pertinent s'il ne s'appuie sur une évaluation médicale.
5. Regrouper les pathologies, les déficiences, les stades d'évolution dont la distinction n'apporte rien en termes de pertinence des soins et de coûts.
6. Eviter les actes décrivant les moyens ou des pratiques thérapeutiques non fondés sur les preuves et privilégier les actes relatifs à des objectifs de réadaptation.
7. Regrouper les objectifs selon les fonctions organiques "b" et activités "d" de la CIF tels qu'indiqués dans les tableaux de l'ATIH servant de support aux groupes de travail.
8. Regrouper certains actes dans les chapitres *ad hoc*, par exemple ce qui relève de fonctions sensorielles.
9. Eviter les actes multi-intervenants qui risquent d'affaiblir la puissance de la nouvelle classification et sortent du périmètre des soins de réadaptation, même s'ils font par ailleurs partie des missions des SMR.
10. Cette proposition ne préjuge pas de la **réforme du système des pondérations**. Les pondérations risquent d'être inadaptées aux nouveaux actes CSARR dont les temps de réalisation sont extrêmement diversifiés et peu significatifs en termes de valorisation. Ce système devrait être réformé en cohérence avec la réforme de la classification. Dans ce cadre simplifié, le recueil des temps de réalisation des actes doit être envisagé.

Nous vous prions d'agréer, chère collègue, l'expression de nos respectueuses salutations.

Philippe Marque
Président du CNP de MPR

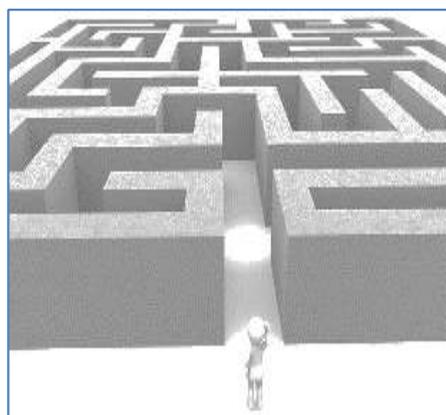
Isabelle Bonan
Présidente de la SOFMER

Jean-Pascal Devailly
Président du SYFMER

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 interrogant 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, territoire. Le CNKS, via KINESCOPE, fidèle à son plaidoyer pour un juste langage s'efforce avec un souci 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, d'une autre profession de santé ou des diverses sciences dont les sciences humaines et sociales.

Territoire(s) : L'INTERPROFESSIONNALITE (en)jeu(x) ... d'échecs ou de go ?

Définir un, des ou le(s) territoire(s) peut-il être, ou se résumer à, une « simple » question d'arpents et de bornes ? ou d'espace, de temps et d'activité ? Faut-il parler de Territoire(s) & / ou de Champ(s) & / ou de Domaine(s) & / ou de Discipline(s) quand on veut exprimer les activités et leurs acteurs ?

Explorée de façon « macro », à 360 ° en regard du système de santé, dans KINESCOPE n°18 cette notion de territoire est à nouveau objet d'investigation, de façon « méso » par un regard **sur les liens interprofessionnels**, dans ce **KINESOCPE n°19** et sera poursuivie de façon « micro » en regard des territoires intraprofessionnels dans KINESCOPE n°20.

Dans le premier opus consacré au(x)Territoire(s) nous avons posé ce(s) dernier(s) comme « un objet d'étude très courtisé par les Sciences Humaines et Sociales » et poursuivi par des regards pluriel et points de vue de juristes et d'anthropologues ; pour conclure provisoirement sur le Territoire(s) sanitaire et social : « Vaste(s) sujet(s) qui tiennent aux évolutions d'une part de la société en termes d'attentes, de besoins et d'autre part des systèmes politiques et de l'offre organisée dessinant ainsi un seul et même grand territoire ou plusieurs fractionnés voire fracturés. .../...

KINESCOPE n°18 avait aussi mis en exergue, parmi d'autres, trois notions qui nous fondamentales et utiles à se remémorer avant d'aborder le sujet de ce numéro :

- Le « territoire » est « espace »
- Le « territoire » est « lieu de vie du groupe »
- Le « territoire » est « enjeu d'identité et de propriété »

Autour et aux détours de l'espace, du lieu de vie du groupe, et de l'enjeu d'identité et de propriété se dévoile un sujet récurrent « l'interprofessionnalité ». KINESCOPE n° 16 (janvier 2022), avait de façon prédictive, rapporté un éditorial du Président fondateur du CNKS et de l'UIPARM, dont des extraits à nouveau rapportés ici contextualisent l'objet « interprofessionnalité » de cette deuxième partie « territoires » :

« ... Et qu'en est-il de l'approche polysémique de la multiprofessionnalité ? Tout le monde s'y réfère ; il doit donc s'agir de la même chose se dit-on dans un saisissant raccourci. Mais alors quel est donc - au sein de cette idylle qualifiée, là aussi à tort et à travers, de pluriprofessionnelle, de transdisciplinaire, polycatégorielle, et polyculturelle - ce discours récurrent sur le cloisonnement,.... ?

... Certes ce patient (lui aussi sur toutes les lèvres l'objet d'une attention – discursive – sans égal) est de fait le centre d'intérêt :

- de tous les électrons qui gravitent autour de lui ...mais communiquent selon le modèle de **communication atomique** dans lequel il faut une énorme énergie pour passer d'un cercle (d'initiés) à l'autre ; et le patient de bien vite se rendre compte que ça ne communique pas entre eux !
- de toutes les stars qui brillent dans son espace... mais communiquent selon le modèle de **communication étoile** dans lequel le patient – devient le transmetteur actif et captif d'informations : vous direz à ... ; et le patient un instant flatté d'être acteur de se rendre compte là aussi ou à tout le moins de s'interroger sur le fait que ça ne communique pas entre eux qu'il me faille faire le relais ?

Juxtaposition, segmentation sont en fait les modèles d'action qui président encore – trop souvent – à la prise en charge ... N'est-ce pas à partir du patient – qu'il faut se préoccuper de la globalité et de la coordination des actes et activités de sa prise en charge ?

N'est-ce pas à partir du patient qu'il faut organiser, tous égos en poche – une communication et une action selon le modèle de communication résiliaire, en réseau, où tout le monde communique avec tout le monde sans exclure le patient. Mais ce modèle est complexe : il nécessite d'une part un haut niveau de conscientisation et d'acceptation de l'altérité et d'autre part une représentation claire de la sociologie des organisations et des modèles d'actions et de communication.

Alors cette PEGC ne serait-elle qu'incantation ou palilalie ? Ou bien le regard que chacun veut y porter serait-il entaché d'une erreur de parallaxe par manque de recul sur ses propres pratiques et par absence de re-connaissance des pratiques des autres ? Cette re-connaissance nécessite une démarche volontaire de con-naissance et de con-frontation dans la co-ordination des activités, dans la co-opération des acteurs, dénuée de toute recherche et de toute volonté de pouvoir hégémonique.

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

Le langage commun et les culture(s) partagée(s) devraient être l'alpha et l'oméga de l'interprofessionnalité ; une interprofessionnalité nécessaire et indispensable tant aux bénéficiaires qu'aux dispensateurs bien en deçà et au-delà du pluridisciplinaire qui ne concerne que les multiples savoirs juxtaposés et non communicants ;

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

Yves Cottret

Pour poursuivre cette investigation KINESCOPE a naturellement recherché le regard des «Zautres» et fait appel :

- à un excellent article - en parfaite résonance avec les réflexions CNKS & UIPARM - écrit par Jennifer MARY une collègue, initialement manipulatrice en électroradiologie médicale - Doctorante, EA 969 Laboratoire NIMEC, Université de Caen Normandie (14) - Cadre supérieur de santé, IFCS, CHU de Caen - Membre du comité de rédaction de la revue de l'AFPPE « Le Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie ». 2021 Septembre ; 309 : 14-18 ; un article qui dans ses références cite notre collègue France Mourey ! Remerciements à son auteur, à l'AFPPE et à la rédaction de la revue qui ont autorisé cette reprise dans K 19,
- et à une tout aussi excellente contribution - issue de sa communication aux JNKS de Lyon en 2019 - d'Eric NOUVEAU, cadre supérieur de rééducation, ergothérapeute, aux HCL qui a aussi accepté sa traduction dans nos colonnes.

Éclairage sur le concept d'interprofessionnalité

Jennifer MARY, CSS IFCS CHU CAEN

Résumé

Les prises en soin sont devenues complexes ; elles requièrent aujourd'hui une collaboration optimale et qualitative entre les différents professionnels de santé, dont les manipulateurs d'électroradiologie médicale. Dans ce contexte, l'interprofessionnalité a toute sa place et nécessite d'être mise en lumière. Ce concept prête à confusion, notamment par les expressions qui s'en approchent au niveau du sens, comme les compétences collaboratives et l'agir professionnel, mais aussi par les termes qui diffèrent telles que la multidisciplinarité, la pluriprofessionnalité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Cet article propose un éclairage pour mieux appréhender cette notion.

Mots-clés : Interprofessionnalité - collaboration - interdisciplinarité - transdisciplinarité

Introduction

L'interprofessionnalité est un terme de plus en plus entendu et rencontré dans le quotidien des professionnels de santé. En effet, ces derniers sont amenés à collaborer fréquemment afin de proposer des soins de qualité. Cet article permet de faire le point sur ce concept souvent abordé mais peu explicité, voire mal compris. Il explique tout d'abord pourquoi cette notion est incontournable de nos jours. Ensuite, il apporte quelques éléments de définition. Enfin, les notions proches de l'interprofessionnalité y sont exposées, tout comme celles qui s'en éloignent.

Pourquoi l'interprofessionnalité est-elle d'actualité ?

Le profil des usagers du système de santé a fortement évolué ces dernières années. Davantage de patients présentent des pathologies chroniques et/ou des polyopathologies. Les prises en soins sont dorénavant très complexes. Afin d'optimiser la continuité des soins et de bien organiser les parcours, il est indispensable que les prises en charge soient coordonnées.

Pour ce faire, tous les acteurs doivent travailler dans le même sens et mobiliser ensemble leurs compétences.

En d'autres termes, les prises en charge interprofessionnelles semblent désormais indispensables pour une qualité de soins efficiente et une meilleure satisfaction des patients [1]. Ces propos permettent de comprendre que l'interprofessionnalité est essentielle dans le contexte actuel.

Par ailleurs, chaque référentiel de formation paramédicale réingéniérée intègre une Unité d'enseignement (UE) spécifique à cette thématique.

En l'occurrence, pour la formation des Manipulateurs d'électroradiologie médicale (MERM), il s'agit de l'UE 4.14 qui s'intitule « Organisation de l'activité et interprofessionnalité » [2]. Plusieurs heures de cours magistraux et de travaux dirigés y sont consacrées. L'objectif principal qui s'y rattache est d'« intégrer dans son exercice les complémentarités des différents exercices professionnels » [2]. Cet enseignement permet de travailler et de développer la compétence 8 qui consiste quant à elle à « Organiser son activité et collaborer avec les autres professionnels » [3]. Il est positionné au semestre 6, c'est-à-dire au début de la troisième année de formation, dans une phase préprofessionnelle.

L'interprofessionnalité devient ainsi un concept majeur associé à nos pratiques soignantes actuelles et inculqué dès la formation initiale. Mais alors, qu'entendons-nous exactement par ce terme ?

Tentative de définition

Bien que l'interprofessionnalité se retrouve de plus en plus souvent dans le champ de la santé, elle reste complexe à définir.

Pour aborder ce concept, il nous paraît important d'introduire le terme « professionnalité ». Or, celui-ci est peu courant et a essentiellement été développé dans le champ des sciences de l'éducation. Il peut se comprendre comme une capacité professionnelle [4]. Par ailleurs, la professionnalité encadre une profession. En ce sens, elle reconnaît une certaine expertise autour de compétences communes [4].

A partir de ces premiers éléments, nous pouvons exposer en quoi consiste l'interprofessionnalité. Pour cela, reprenons d'abord la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé qui spécifie que cela correspond à : « un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé » [5].

Cette définition appliquée au champ de la santé permet de comprendre que deux professions au minimum sont impliquées.

Un autre point majeur de l'interprofessionnalité est le but commun. Plus précisément, il devient pertinent de travailler autour des mêmes projets, de leur conception à leur mise en place. Il convient de « faire équipe » autour d'une finalité précisée en amont, et pour laquelle tous les acteurs sont partants, tout en conservant chacun leur propre identité professionnelle. Néanmoins, il faut être vigilant sur un point : l'interprofessionnalité ne signifie pas « travailler l'un à côté de l'autre » mais « l'un avec l'autre ». C'est une pratique des interactions, où la communication est un principe fondamental. Le préfixe « inter » souligne effectivement le lien de réciprocité.

En résumé, « *Ce travail en équipe, fondé sur la recherche de représentations et de valeurs compatibles, permet la coordination des rôles et la répartition des tâches, en vue d'élaborer des projets et des plans d'action et de donner une signification partagée au sein de l'action collective* » [6]. Ces propos mettent en évidence un état d'esprit fondé sur des valeurs communes.

Des concepts qui sont liés à l'interprofessionnalité...

L'interprofessionnalité est intimement liée à la **collaboration interprofessionnelle**. La collaboration équivaut à « travailler avec » [7]. Or, pour collaborer efficacement, il faut coopérer, communiquer et se coordonner [7].

Il y a donc un réel partage de connaissances, voire même d'expertises. C'est ce que par exemple, la stratégie de transformation du système de santé, dit « Ma Santé 2022 », tente de proposer en décloisonnant et en réorganisant les soins autour du patient via la création des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [8]. Ces dernières « *regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes* » [8]. La participation active de tous les acteurs est la clé de la réussite.

En outre, pour une meilleure qualité des soins, il est question de **savoirs interprofessionnels**, c'est-à-dire d'échanges de connaissances [6]. Les compétences des différents professionnels sont exploitées de façon complémentaires pour résoudre une problématique soignante complexe [6]. Par conséquent, l'interprofessionnalité s'éduque et s'apprend. Cela est particulièrement possible dès la formation initiale en mutualisant certains enseignements.

Mais cet apprentissage se poursuit et se développe. En effet, l'interprofessionnalité est étroitement corrélée au développement des **compétences collaboratives** [7], entretenues au fil du temps.

En définitive, il est possible de traduire le mot interprofessionnalité par le fait de travailler ensemble de façon pertinente, et plus précisément dans le domaine des soins, par le fait d'interagir au service du patient.

Cet éclairage permet de comprendre que le MERM est également concerné par cet **agir interprofessionnel**, tout au long de son parcours professionnel.

... et d'autres à ne pas confondre

D'autres concepts sont proches de l'interprofessionnalité mais ont des significations différentes.

Tout d'abord, abordons le terme de **multidisciplinarité**. Celui-ci se traduit par une « *juxtaposition d'apports disciplinaires* » sur un sujet particulier, sans qu'il y ait des objectifs communs clairement définis. [9]. Chaque discipline met en avant son expertise, plutôt de façon parallèle. Un autre terme évoque également la rencontre entre plusieurs disciplines qui apportent leur spécificité sur un sujet commun, et de façon juxtaposée [6,9] ; il s'agit là de la **pluridisciplinarité**.

On parle notamment d'équipe pluridisciplinaire, réunie par exemple pour analyser des situations de soins. Les préfixes « multi » et « pluri » apportent l'idée de juxtaposition, sans interrelation [6], ce qui est contraire au sens porté par l'interprofessionnalité.

Quant à la **pluriprofessionnalité**, elle concerne au moins deux professions, comme l'interprofessionnalité. Cependant, celles-ci travaillent de façon isolée. Bien qu'il y ait une association d'éléments au service d'un projet commun, chaque profession conserve son expertise, ses compétences et ses savoirs.

L'interaction entre elles n'est pas présente, contrairement à l'interprofessionnalité. Juxtaposer les compétences professionnelles ne suffit plus aujourd'hui [6]. Elle n'est donc pas à favoriser.

Ensuite, il existe le concept d'**interdisciplinarité**, qui lui, est composé du préfixe « inter », ajoutant cet aspect d'interrelation. Autrement dit, il peut être défini comme une interaction entre différentes disciplines. Dans ce cas de figure, soulignons l'importance d'éléments communs incontournables tels que le langage et les valeurs professionnelles. Toutes les disciplines dont l'imagerie médicale peuvent être concernées ; elles vont donc tenter d'établir des relations réciproques, en apportant chacune leur singularité, afin d'aboutir à une plus-value globale au service du patient [9].

Pour clore ce tour d'horizon, il nous paraît important d'expliquer la notion de **transdisciplinarité**. Il est question d'un « *transfert d'un champ disciplinaire à un autre* » des savoirs, des concepts et des compétences spécifiques [9]. Ce concept est très proche de la **transversalité**. Il est cependant plutôt utilisé en recherche, et peu dans la pratique [6].

Conclusion

Se pencher sur la notion d'interprofessionnalité est devenu important au regard de la complexité des situations de soins rencontrées, y compris en imagerie médicale. Toutes les professions ont à y gagner puisqu'elles conservent leurs propres caractéristiques tout en valorisant leurs expertises et en les partageant dans l'optique d'un projet commun. La finalité de cette démarche reste la recherche d'une meilleure qualité de la prise en charge des patients.

Le concept d'interprofessionnalité n'est pas toujours bien compris. Il n'en est qu'à ses débuts dans le domaine de la santé, notamment à l'échelle de la formation initiale. Toutefois, il a toute sa place. Il demeure donc primordial de l'identifier avec justesse pour se l'approprier au mieux. La profession de MERM a tout intérêt à poursuivre sa collaboration avec les autres acteurs de santé dans un souci de prise en soin optimale. L'interprofessionnalité est un état d'esprit, qui nécessite assurément d'être développé et entretenu.

Bibliographie

[1] Santschi V. L'interprofessionnalité au cœur des soins. Revue d'information sociale REISO [en ligne]. 2018 Juin [Consulté le 19.07.2021]; Consultable à l'URL : www.reiso.org/document/3150

[2] UE 4.14 - Annexe V de l'Arrêté du 9 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale - BO du 9 octobre 2020, p.164 - <https://solidarites-sante.gouv.fr> https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ste_20200009_0000_p000.pdf

[3] Domaine de compétence 8 - Annexe VII de l'Arrêté du 9 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale - BO du 9 octobre 2020, p.175 - <https://solidarites-sante.gouv.fr> https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ste_20200009_0000_p000.pdf

[4] Mathey-Pierre C, Bourdoncle R. Autour du mot « Professionnalité ». Recherche et formation. 1995 ; 19 : 137-48. <https://doi.org/10.3406/refor.1995.1274>

[5] World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [EN LIGNE]. 2010 [Consulté le 19.07.2021]; Consultable à l'URL : <https://apps.who.int> <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>

[6] Mourey F, Outata S. Chapitre Approche théorique. Contexte et concept. Dans : Aubert M, Manière D, Mourey F, Outata S. Interprofessionnalité en gérontologie. Toulouse : Erès ; 2005. p. 17-28 - www.cairn.info <https://www.cairn.info/interprofessionnalite-en-gerontologie--9782749203942-page-17.htm>

[7] Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Recherche en soins infirmiers. 2014 ; 2 ; 117 : 33-49 - <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033>

[8] ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé [en ligne]. 2021 mars [Consulté le 19.07.2021]; Consultable à l'URL : www.ars.sante.fr/les-communauts-professionnelles-territoriales-de-sante

[9] Formarier M. Deuxième partie. Concepts et définitions. Interdisciplinarité. Dans : Formarier M, Ljiljani J. Les concepts en sciences infirmières. Association de recherche en Soins Infirmiers. 2012. p. 210 – 11 - www.cairn.info <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-210.htm>

Absence de conflits d'intérêts déclarés par l'auteur

INTERPROFESSIONNALITE et PROFESSIONS

ALLIÉES : PRATIQUES COLLABORATIVES et/ou GESTES PARTAGÉS ?

Eric Nouveau, CSS ergothérapeute
JNKS LYON 2018

« *Aucun individu ne peut reconnaître sa propre humanité, ni par conséquent la réaliser dans sa vie sinon en la reconnaissant chez les autres et en coopérant à sa réalisation avec les autres* » M.A. BAKOUNINE

Préambule lexical (1)

« Profession » vient du latin *professio* ; le terme profession désigne l'action et l'effet de professer. Elle se définit par une formation, un diplôme, des actes encadrés

« Inter » est un préfixe, qui vient du latin « inter », et signifie entre, parmi ; il exprime la réciprocité ou l'action mutuelle.

« ité » : suffixe qui tend à substantifier un attribut, une qualité.

L'interprofessionnalité serait comprise comme relevant non pas d'une profession, non pas de plusieurs professions, mais de ce qu'elles ont décidé de mettre en commun et de reconnaître comme significatif de leur action commune, comme un partage de valeurs et de savoirs professionnels.

La collaboration interprofessionnelle (CIP)

Elle est définie comme « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage* ».

La CIP est un processus dynamique et complexe qui résulte « *d'une interaction entre les acteurs (dont les patients), entre les acteurs et la structure organisationnelle, et entre ces deux éléments et des structures englobantes* ». (2)

Elle implique :

- > une coopération des hommes
- > une coordination des activités



Pratiques collaboratives :

L'Organisation mondiale de la Santé définit la pratique collaborative dans les soins de santé « *lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention* ». (3)

Les pratiques collaboratives contribuent à la cohésion de l'équipe, à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du patient.

Ces pratiques sont organisées autour de quatre dimensions telles que :

- la communication entre professionnels ;
- la synergie d'équipe ;
- l'implication du patient dans sa prise en charge ;
- la gestion des risques en équipe. (4)

Bien que l'émergence dans le champ juridique du mot « interprofessionnalité » s'opère au courant des années 70 les mots « Professionnalité et interprofessionnalité » que d'aucuns estiment incompatibles renvoient au sujet de la reconnaissance identitaire indiquait Bourdoncle (1995) ; notions toujours « en cours de construction » signalait Philippot (2008). Et qu'en est-il en 2019 ?



Le système de soins : environnement favorable à l'interprofessionnalité ?

L'interprofessionnalité du bout de ma lorgnette: de l'institut de formation initiale à aujourd'hui

- Un environnement mouvant :

Les réformes successives visant à une meilleure gestion des établissements de santé et à une maîtrise des dépenses ont modifié progressivement la place des acteurs au sein de l'institution ainsi que le pouvoir exercé par chaque groupe professionnel.

D'importantes mutations sont encore à venir.

- Des règles ont été formalisées dans les différents domaines de la gestion hospitalière et les pratiques de soins se sont progressivement standardisées pour apporter un maximum de sécurité au patient.

Tous ces éléments peuvent apparaître comme des freins au développement de l'interprofessionnalité, mais :

- l'interprofessionnalité apparaît comme un véritable atout permettant d'appréhender ces évolutions et pouvant générer ou favoriser une synergie des idées, des potentiels et de la créativité.
- l'adaptation au changement, pour toute organisation, ne peut se réaliser sans une adhésion et une implication collective, ce que peut favoriser l'interprofessionnalité.



L'interprofessionnalité : comment travailler ensemble ?

L'intervention professionnelle est régie par des règles, celles de chaque profession, mais aussi par un réseau de normes, propres à un service par exemple. Toute réflexion sur un écart, ou une façon différente d'opérer, confronte l'équipe à la part individuelle de chacun et à la place des désirs et des défenses dans les pratiques

=> 3 modalités techniques de travail dans un établissement

Le projet institutionnel

C'est ce qui donne aux actes des professionnels un surplus de sens, une dimension transcendante, en mettant en forme les pratiques « idées forces ». La mise en travail du projet se fait à partir de réunions du groupe des professionnels : élaboration essentielle permettant de passer du groupe à l'équipe, mais aussi d'interroger le lien entre le professionnel et soigné. Enfin le « travail psychique » sur le projet est essentiel.

Le dispositif institutionnel

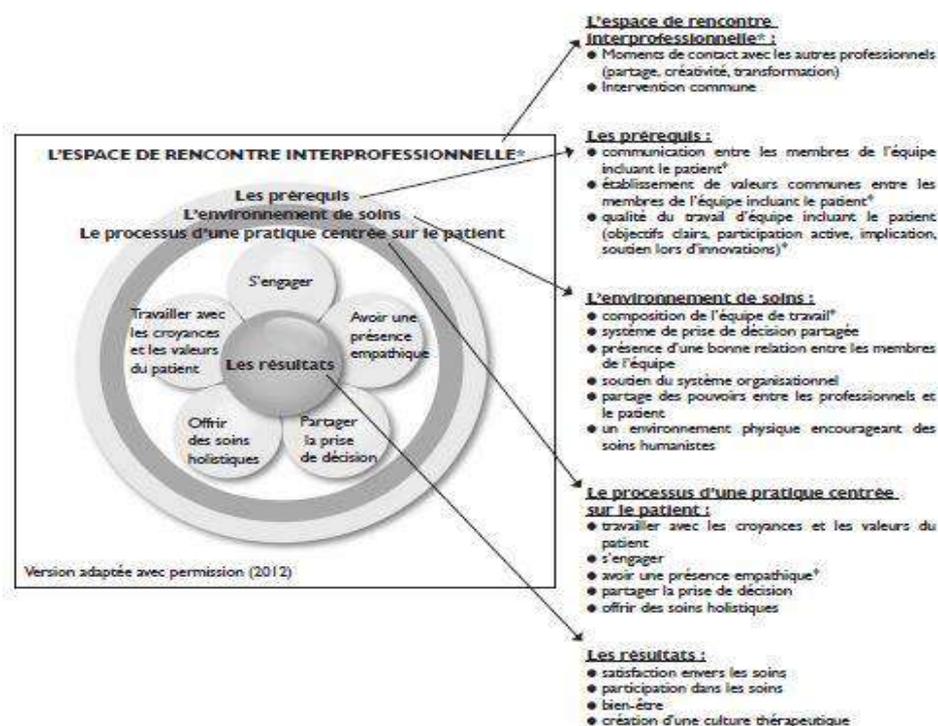
C'est ce qui organise les services proposés aux usagers et aux professionnels (procédures d'accueil, réunions, visites...); c'est la finalité, le pour...quoi. Il permet de penser ensemble, en sécurité (capacité de tolérer angoisses et frustrations quand il est question de changements par exemple).

La pratique des groupes :

Elle nécessite de la part de l'encadrement : implication, supervision, analyse de pratique; implication des différents membres du groupe, expression de la pensée de chacun; élaboration, présentation et reconnaissance des règles professionnelles et des pratiques de chacun. Il s'agit d'accompagner un groupe polyphonique dans le champ des complémentarités avec un double objectif : le plaisir à penser ensemble et la meilleure réponse aux besoins des patients.

Créer un espace de rencontre interprofessionnelle : exemple de l'adaptation du PCNF (Person centred nursing framework)¹ à la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient.

¹McCormack & McCance - 2010



*Modifications apportées au PCNF

Partage d'actes professionnels

Le « partage » des actes professionnels soulève de nombreuses craintes au rang desquelles la remise en cause d'une pratique traditionnelle d'une profession mais aussi le risque et/ou l'opportunité de « pertes » pour certaines professions et de « gains » pour d'autres (au niveau économique, au niveau de l'identité professionnelle) ; pour atténuer ces effets et éviter les résistances non fondées il convient au préalable de donner du sens aux transformations. L'interprofessionnalité peut-elle être bien vécue au quotidien si certains se sentent perdants et d'autres gagnants ? Et est-ce que la lutte ne risque pas de toujours continuer dans ces conditions ?

Il semble indispensable d'intégrer la « perte » comme nécessaire pour atteindre quelque chose que l'on juge important (une valeur) : sens donné à la qualité de la prise en charge du patient par exemple.

Mais pour construire le travail d'équipe il ne suffit pas de mettre plusieurs personnes ensemble ... pour qu'elles travaillent en équipe ou réalisent un travail d'équipe !! Commande « en ou de » qu'il convient d'ailleurs de bien préciser [cf. modèle ci-après ; Y. Cottret (1993)]

Il faut aussi mettre en place des conditions individuelles (perceptions, préjugés +/-, valeurs, reconnaissance, jugement), des conditions structurelles (définir le travail d'équipe par sa finalité, le rôle de chacun) et des conditions institutionnelles (favoriser une organisation du travail décentralisée et transversale qui certes ont un coût de ressources humaines)

CONCLUSION

Les tensions engendrées par l'interprofessionnalité prennent encore naissance dans la rareté des ressources et les différences. Pourtant l'interprofessionnalité est un pivot de la qualité de vie au travail et de la qualité de prise en charge des patients.

Pour constituer un terreau fertile il faut faire appel aux valeurs communes et partagées pour les personnes et aux missions sociales des professions et il faut aussi miser sur la formation (formation interprofessionnelle, intergénérationnelle, et la simulation)

Eric Nouveau,
CSS, Ergothérapeute



(1) M. Hatano-Chalvidan – Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? – Champ social n° 148 2016/2

(2) D D'Amour M Ferrada-Videla Rodriguez L San Martin MD Beaulieu The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care 2005 (19) [Medline]

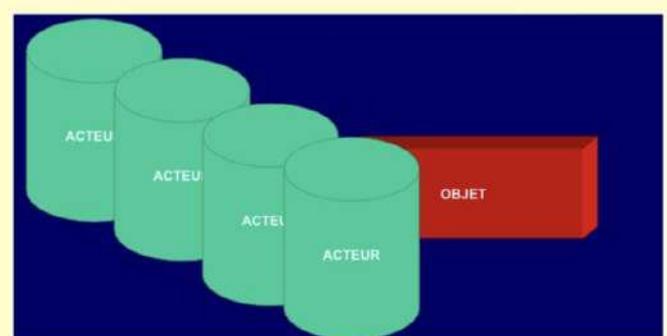
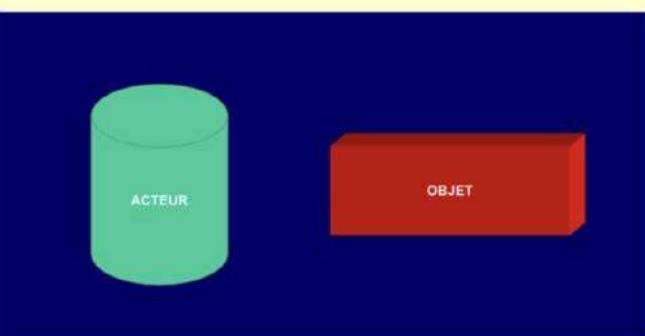
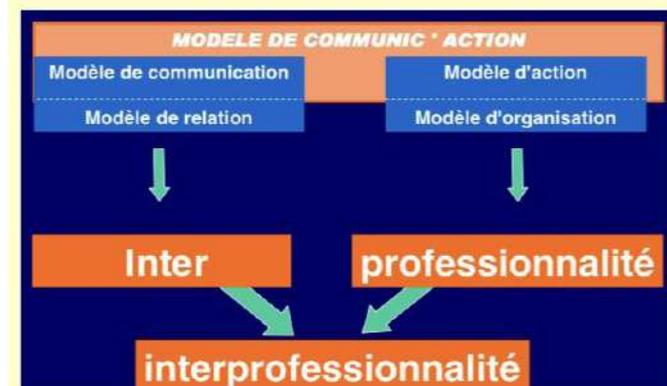
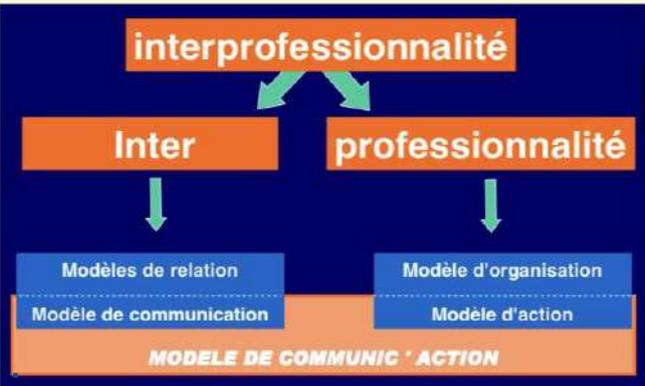
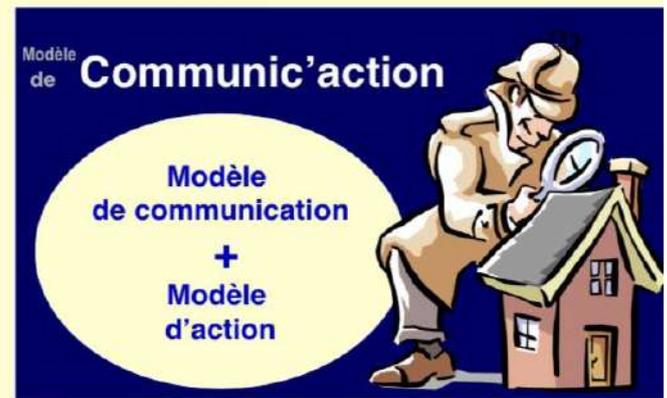
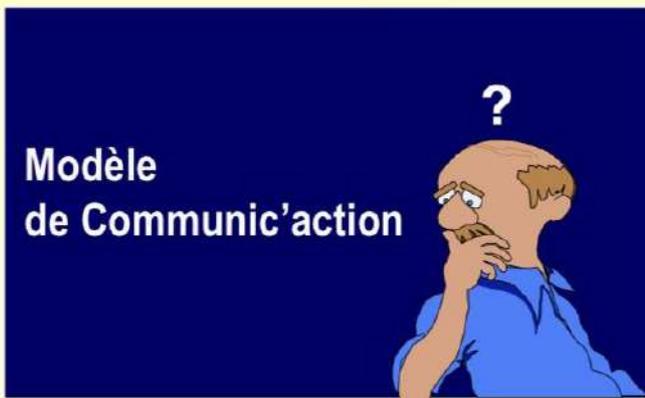
(3) Organisation mondiale de la santé. (2010). Framework for action on interprofessional education and Collaborative practice

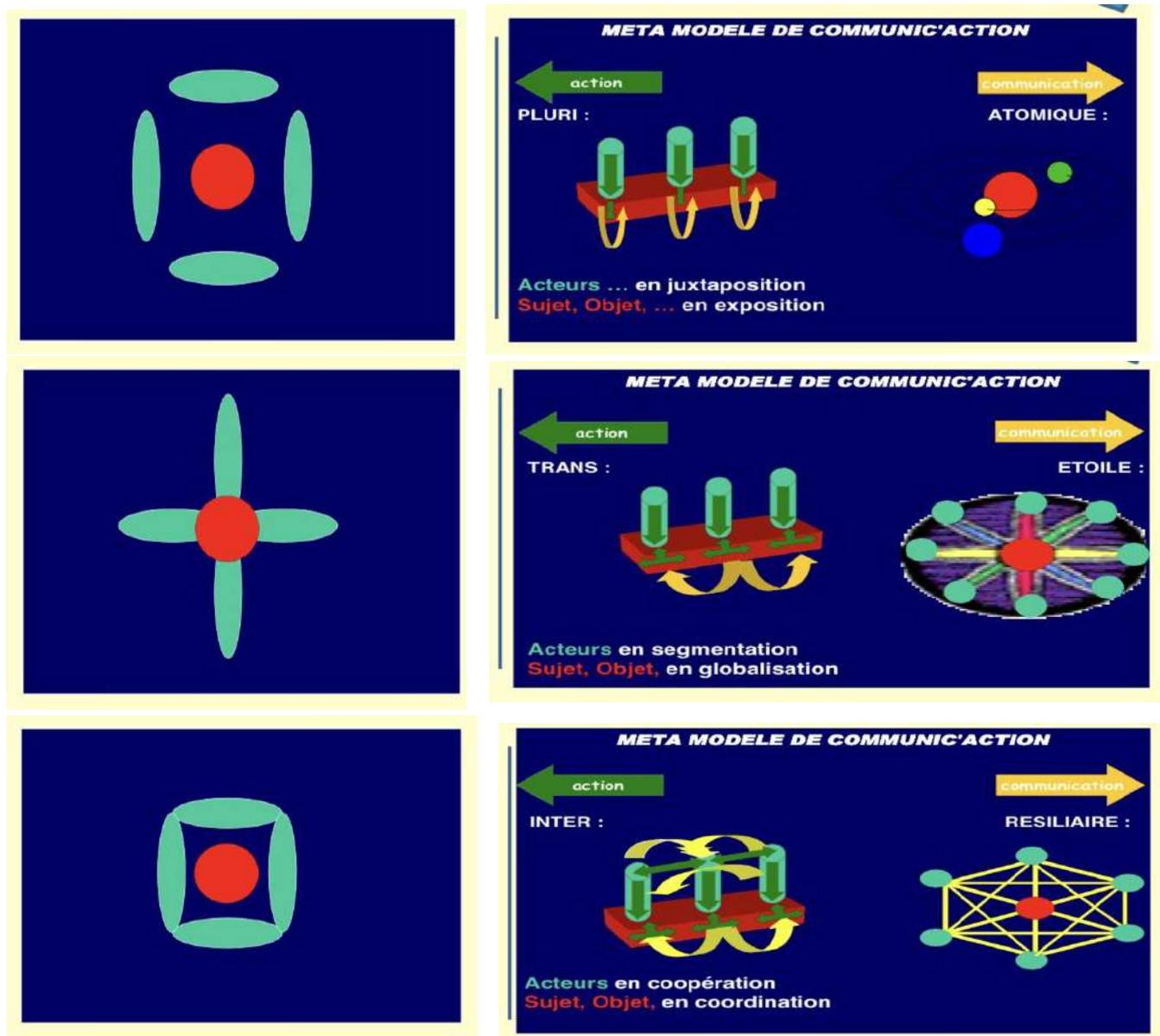
(4) HAS - Module évaluation des pratiques collaboratives – 05/2018

Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties. – Pascal.

Le paradoxe de Wittgenstein est qu'il existe un jeu de langage de l'action, une infinité de façons de parler des choses que nous faisons.

Le modèle de « Communic'action », complète ces regards, points et angles de vue et oblige à la vigilance quant à l'emploi de certains composants du multi dont pluri, trans et inter . En s'inspirant de l'adage « Dis moi ce que tu lis, je te dirais qui tu es » (Pierre de La Gorce) l'auteur du modèle de « communic'action » avait formulé, malgré l'inépuisable controverse sur la sémantique de l'action, l'hypothèse que « tel on communique, tel on agit » et vice versa en rapprochant les modèles sous-jacents. KINESCOPE livre les iconographies originales.





Appareillant 3 types d'activités ou actions (pluri, trans, inter) à 3 types de communication (atomique, étoile, résiliable) l'auteur en conclut

- Le PLURI est DIVISEUR du fait de la juxtaposition
- Le TRANS est ADDITIONNEUR du fait de la segmentation
- L'INTER est MULTIPLIEUR du fait de la coopération

et en guise de clin d'œil que le MULTI est un PLURIEL bien SINGULIER

L'interprofessionnalité est fortement soumise à la compréhension, l'acceptation et l'appropriation de l'altérité, de l'identité [identification ou identisation ?] de chacun-e des protagonistes. Ces dernier-e-s empreints de valeurs et de représentations induites, forgées, par la formation professionnelle - trop souvent en silos et corporatiste - se (re)trouvent alors bloqués dans des « postures », voire des « impostures » et fortement restreints, contraints dans leur capacité aux relations interpersonnelles ; à défaut de se « connaître on ne sait se reconnaître » et les confrontations se terminent en guerre de « territoires ». L'extrait suivant est éclairant :

Interprofessionnels & Interpersonnels ?

« L'existence collective peut être régie, sur le mode normatif, par des principes moraux, politiques, religieux ou juridiques qui, s'ils devaient être respectés, impliqueraient certaines restrictions sur ce que les uns ou les autres peuvent faire sans en être empêchés, ou encore, beaucoup plus généralement, des restrictions sur le type de souhaits que les uns ou les autres peuvent voir réalisés sans que cela contredise les principes considérés. »

Ces « principes interpersonnels » peuvent relever, par exemple, d'une éthique ou d'une politique fondée sur le respect d'autrui, ce qui implique normalement l'absence d'interférence avec les décisions d'autrui en certaines matières. Ce sont alors des principes qui sélectionnent, parmi les configurations possibles de l'état de la société, ou parmi les modes possibles d'action conjointe des agents formant la société, ceux qui se conforment à certaines normes exprimant le type d'autonomie ou d'indépendance que l'on reconnaît aux personnes. Telle est la démarche la plus habituelle que l'on trouve à la source de la spécification ou de la revendication des droits individuels. Une telle approche est « déontologique », au sens où elle privilégie, parmi les propriétés de l'interaction des personnes, la conformité à certaines normes, dont le respect aurait une importance intrinsèque.

D'autres principes relèvent plutôt d'une évaluation des états ou des conduites sur la base d'un but à promouvoir. Ce sont les principes dits « téléologiques »...

Emmanuel Picavet
Aspects praxéologiques des principes interpersonnels
Les Modèles de l'action (1998) PUF

L'INTERPROFESSIONNALITE en RECHERCHE et en FORMATION

L'INTER dans le domaine de la recherche ?

A propos des enjeux de l'émergence d'une recherche « **inter-disciplinaire** » en santé Isabelle Richard, Professeure MPR au CHU d'Angers, lors de la conférence inaugurale des JRFS 2022, commençait son propos par la question « *Qu'est ce qu'une discipline ? (et en santé) ?* »

Et d'y répondre en posant son existence à la conjonction simultanée indispensable et affirmée de « *quatre éléments constitutants, interdépendants et convergents* »

- *Lien plus ou moins direct avec un ensemble d'activités ou de métiers ou de professions*
- *Ensemble de structures sociales, Capital de reconnaissance et de pouvoir*

Ces deux premiers articulés autour de la formation dont la formation Universitaire

- *Corpus de connaissances transmises ; Organisation pédagogique ; Filière de formation « discipulus »*
- *Partie du savoir ; Objets, Concepts, Méthodes*
Ces deux suivants articulés autour des organisations dont le CNU, les JRFS, revues et sociétés savantes »

Concernant les sciences infirmières et les sciences de rééducation-réadaptation la question mérite donc d'être éclairée quant à l'existence réelle et affirmée de ces quatre éléments.

En observant selon cette grille I. Richard indique qu'il existe :

« *pour la médecine :*

- *des « objets » qui définissent des « sous-disciplines » (cadiologie, gériatrie ...) qui eux-mêmes sont des constructions intellectuelles majoritairement issues de la méthode anatomo-clinique, ou de méthodes issues de technologies ultérieures, parfois issus d'un découpage par âge ou genre, parfois issus de concepts telle la MPR*
- *des concepts (maladie, homéostasie, médicament, handicap, fragilité, thymie, fonction ...)*
- *un ensemble de méthodes assez diverses*
- *une structuration institutionnelle (CNU, collèges, programme, académie, congrès)*

pour les sciences infirmières :

- *une assez grande diversité d'objets dont certains communs à des disciplines « pré-existantes » et une élaboration en cours de nouveaux objets*
- *des concepts propres, et communs à d'autres disciplines*

- une grande importance à développer une diversité de méthodes dont certaines sont communes à d'autres disciplines de santé, dont certaines sont communes à d'autres sciences (ex modélisation mathématique, dont certaines sont communes à des disciplines de SHS(ex enquête de terrain, méthodes qualitatives)
- des structures institutionnelles plus faibles ».

Lors de ce discours I. Richard illustre pour les distinguer plusieurs situations :

1) Une kinésithérapeute, un psychologue et un médecin participent à une étude clinique concernant les difficultés persistantes de covid long

I. Richard estime que cette étude « n'est pas interdisciplinaire (car un objet, un petit nombre de concepts liés, une méthode) qu'actuellement ce n'est pas une recherche interprofessionnelle mais que cela le deviendra ! »

2) Deux médecins, deux EC de psychologie, une association de familles, participent à une étude évaluant l'expertise d'usage des proches dans la prise en charge des troubles du comportement après TC ; l'aspect quantitatif de description des troubles, l'aspect quantitatif de description du fardeau, l'aspect qualitatif de descriptions des stratégies des proches, les ateliers de théâtre forum d'empouvoirement des proches
I. Richard estime que cette étude « est une recherche interprofessionnelle et qu'à défaut d'être interdisciplinaire elle est pour le moins multidisciplinaire ».

3) Une médecin /ingénieure, un médecin, une ergothérapeute et un élève ingénieur envisagent les besoins des personnes en situation de handicap en solutions technologiques par une enquête avec des questions fermées (recueil de données quantitatives) et des questions ouvertes(recueil de données qualitatives) conduisant respectivement à une analyse descriptive et à une analyse qualitative dont les résultats quantitatifs seront validés et enrichis des résultats qualitatifs dont l'interprétation quantitative et qualitative conduit à de nouvelles hypothèses quant aux éventuelles innovations.

I. Richard estime que « cette étude constitue une recherche interdisciplinaire ».

Au cours de ces JRFS, Jacques Chervin, Cadre Supérieur de santé MK formateur IFMK St Maurice, dans un atelier intitulé « se former ensemble pour chercher ensemble / interprofessionnalité et formation » rapportait une expérience de collaboration interprofessionnelle entre masseurs kinésithérapeutes, infirmières et médecins au bénéfice de patients en situation complexe.

Posant d'emblée que la discipline et la profession « sont conceptuellement imbriquées, la seconde dans la première » Jacques Chervin argumentait [en se référant à Couturier Y., Belzile L. / La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Ed. PUM 2018, 187p.) & Dyadé M.-C., Derniaux A., Favre N., Gautier S. (L'interdisciplinarité en pratique. Ed. Lamarre, 2019, 112)] que « cette imbrication explique pourquoi il est tout à fait compréhensible de passer de l'un à l'autre sans trop de difficultés, la profession étant la branche appliquée du phénomène beaucoup plus large qu'est la discipline ».

Après quoi à propos de l'interprofessionnalité il indiquait [se référant à Lavoie, Fougeyrollas / Aubert M., Manière D., Mourey F. Interprofessionnalité en gérontologie. Eres. 2013] qu'elle se définit par l'interrelation existante entre les différents intervenants. « L'interrelation, l'échange de connaissances, l'association et la complémentarité de compétences ainsi que la coordination des actions par rapport à un objectif commun permettent d'appréhender, d'analyser, d'améliorer ou de résoudre une problématique complexe ».

KINESCOPE : Quelle est l'origine de l'expérience rapportée à ces JFRS ?

Jacques Chervin : Le point de départ est l'accueil d'une doctorante brésilienne de l'Ecole de Sciences infirmières de Ribeirão Preto et la proposition de participer à une séance de simulation sur le thème de l'interprofessionnalité en lui proposant de porter un regard extérieur sur la réalité française d'une expérience.

KINESCOPE : Quel(s) objectif(s) ?

Jacques Chervin : Ils sont multiples :

- expliciter la place de la formation interprofessionnelle dans le processus d'universitarisation des formations paramédicales en France ;
- faire surgir le « non dit » dans une situation sociale et des relations organisationnelles ;
- identifier les rapports de pouvoir et savoir implicites pour mieux comprendre nos pratiques de formations en santé ;
- mettre en exergue le rôle central de la notion d'implication dans la recherche.

KINESCOPE : Avec quels outils ?

Jacques Chervin : Empruntée à la socio-clinique institutionnelle, c'est-à-dire par une démarche avec une immersion du chercheur dans les situations étudiées et un dispositif de recherche respectant leur dynamique et le vécu des sujets (Monceau 2013).

Cela permet tout à la fois l'analyse des implications, d'analyseurs, de dialectique institutionnelle et le dialogue des similarités entre les différentes réalités et in fine la mise en évidence des contradictions et des tensions présentes dans la formation interprofessionnelle.

KINESCOPE : Quelle interprofessionnalité était sous les feux de l'observation ? et quelle méthode pour atteindre les objectifs précités ?

Jacques Chervin : Médecin, Infirmier, Masseur kinésithérapeute, et 15 étudiants de ces trois professions ont bénéficié en 2017 et 2018 de 4 séances chacune avec un scénario différent : 1^{er} lever post amputation, détresse respiratoire, myopathie, parkinson).

L'Observation des activités de formation lors d'une séance de simulation sur le thème de l'interprofessionnalité avec la tenue d'un journal de recherche suivi de partages et discussions avec les enseignants ; mais aussi des entretiens semi-directifs des différents intervenants (formateurs, étudiants et professionnels de santé) aux fins de récolter leurs points de vue et attentes sur la formation et le travail interprofessionnel.

Ces entretiens ont été menés à partir d'une grille d'entretien ciblée sur :

- leurs perceptions des enjeux et des relations entre les différentes professions concernant la formation interprofessionnelle
- l'apprentissage du travail en équipe –
- l'intérêt et les limites de l'interprofessionnalité dans la méthode employée (la simulation) et la formation des formateurs

KINESCOPE : Quelles conclusions ? quels avantages et inconvénients ?

Jacques Chervin : C'est un outil de formation très puissant mais très chronophage, gourmand en RH. La préparation des scénarii en interprofessionnalité est très intéressante et l'acculturation au sein du groupe formateurs est indispensable avant celui du groupe étudiants. Cela n'est pas aussi simple à organiser !

Ainsi à chaque moment, il a fallu surmonter des difficultés très protéiformes : l'élaboration des scénarii en distanciel tridimensionnels ; la programmation des séances de simulation le samedi ; la participation volontaire des étudiants.

Mais il aussi fallu faire face à des difficultés inhérentes au processus d'universitarisation des formations avec ses directives ou injonctions de développement de l'interprofessionnalité, à la fragmentation des pratiques, au(x) questionnement(s) sur les limites des champs professionnels respectifs

KINESCOPE : Et au final quels résultats ?

Jacques Chervin : une question essentielle me semble devoir être systématiquement présente à l'esprit « comment pouvons nous apprendre ensemble si nous ne travaillons pas ensemble ? ».

Des études tendent à montrer l'efficacité de la simulation interprofessionnelle pour l'idée de soins collaboratifs centrés sur le patient. Au-delà d'une finalité il est important d'initier la démarche : apprendre de l'autre, sur l'autre et avec l'autre afin d'optimiser le travail d'équipe, par une meilleure connaissance du rôle de la responsabilité de l'autre (CAIPE, 2002). Policard (2015) montre que ces formations, basées sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive permettent :

- une meilleure compréhension des contraintes du collaborateur ;
- de travailler la dynamique d'équipe face à l'erreur ;
- de réfléchir sur la place et la posture de leader, celle de follower actif
- et enfin à partir d'une ambiance de confiance d'agir et prendre la parole.

En résumé et pour ne pas conclure je retiens que l'universitarisation et le changement de référentiels de formations en 2009 pour les IDE et en 2015 pour les MK a modifié l'enseignement et que certaines difficultés sont liées aux injonctions ministérielles sans que les formateurs aient eu le temps de s'approprier ces changements.

Malgré les difficultés à travailler ensemble, à développer du travail collaboratif, les différences entre les professionnels médicaux, paramédicaux et leur niveau de diplomation, les difficultés entre les interfaces et zones d'incertitude, la mauvaise connaissance des formateurs entre eux et ... un/des modèle(s) de santé autocentré(s) sur sa profession, voire un certain corporatisme parfois...cette expérience me laisse à penser, à croire et espérer que la construction et le développement de situations de formations transversales soient un puissant outil pour le développement de l'interprofessionnalité.

La « fragmentation du développement de l'universitarisation » et le développement de stratégie(s) propre(s) dans chacune des filières professionnelles – voire même en leur sein – pourront-ils être dépassés ?

... car en miroir de la précédente question je sais que certains collègues acteurs de soins se demandent eux « comment pourrions nous travailler ensemble si nous n'apprenons pas ensemble ? ».

Interprofessionnalité en équipe : pourquoi et comment travailler ensemble

Pierre Henri Haller

LA REVUE FRANCOPHONE DE GÉRIATRIE ET DE GÉRONTOLOGIE • OCTOBRE 2014 • TOME XXI • N°208

« Travailler ensemble, en équipe interprofessionnelle, ne va pas de soi. Pour autant la richesse et la diversité de la coopération est une condition à la prise en soins globalisante, aux dimensions complexes, bio-psycho-sociales et culturelles, de la personne âgée, et de ses proches. En travaillant la connaissance et la reconnaissance mutuelle des acteurs de soins, il devient possible de construire une sagesse pratique d'un agir ensemble »

La notion d'interprofessionnalité est centrale dans l'abord de la personne âgée [1].

Passer de la logique de la pluridisciplinarité - entendue comme des connaissances juxtaposées - à une perspective d'interprofessionnalité, où chaque professionnel prend part et contribue à un projet collectif et singulier, est un impératif de la gérontologie. « Ce ne sont pas les perles qui font le collier, c'est le fil ». E. Morin.

L'interprofessionnalité constitue un recours indispensable à différents intervenants devant coordonner leurs actions.

La complexité du vieillissement, les fréquentes polyopathologies, et les intrications médico-psycho-sociales sont autant d'arguments qui incitent les accompagnants de métiers et de cultures différentes à conjuguer leurs visions et leurs actions.

L'équipe est un mythe, le groupe, une illusion [2] et l'État une horde organisée [3].

Être attentif, à la place, aux rôles et aux fonctions de chacun est une condition nécessaire mais non suffisante pour que chacun prenne part et contribue au projet collectif.

Il s'agit de tendre vers une sagesse pratique, pour une visée de la vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes [4].

Sommes-nous toujours attentifs au climat de travail, aux plaisirs et aux difficultés du groupe et de chacun des membres du groupe ?

Pouvons nous valoriser nos émotions comme des repères éthiques pour décider [5] ?

Comment alors utiliser ces ancrages dans une éthique de la communication et un agir ensemble ? [6].

Depuis une dizaine d'années, les neurosciences confirment la place de l'émotion dans les interactions gestuelles neuro-sociales. Les sciences humaines – philosophie, sociologie, psycho-sociologie, psychologie, psychanalyse – ne s'inscrivent pas en opposition à la science mais dans un rapport de réciprocité. La découverte fortuite des neurones miroirs [7] et leur rôle central dans les émotions et la cognition sociale, a sorti ces sciences de l'humain d'un éventuel malentendu qui pourrait les ranger hors des sciences dites exactes.

Comme le suggère A. Damasio «Spinoza avait raison»: les émotions permettent la décision [8].

Ainsi des équipes qui «veulent» travailler ensemble bénéficient d'une richesse heuristique grâce à la diversité des points de vues [9], en cultivant une intelligence émotionnelle et relationnelle [10], étayée par une Communication Non Violente [11,12]. Ces rapports humains s'inscrivent dans des phénomènes d'attachement et de résilience [13].

Si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde... A. de Saint-Exupéry

Travailler «ensemble» ne va pas de soi. Ce changement profond [14] de regards et de pratiques nécessite un accompagnement des professionnels, ayant des cultures différentes, vers une coopération et une coordination autour du projet de vie de la personne âgée.

Pour dépasser voire déplacer les obstacles à l'interprofessionnalité, nous suggérons que l'équipe parvienne à se connaître pour se reconnaître. Les espaces de rencontre des acteurs permettent de comprendre les altérités, qui loin de s'opposer, se rapprochent pour coopérer.

La connaissance et la reconnaissance [15] mutuelles des professionnels, le développement de situations formatives et réflexives, inscrites dans une posture assertive [16,17] et la valorisation de tous les acteurs dans leurs contributions respectives aux soins, sont déterminants de la coopération.

Le désir de rencontre, le respect de l'autre et le métissage [18] contribuent à aborder la personne âgée dans sa totalité.

En pratique, nous avons observé [19] que si les acteurs de soins se concentraient sur la prise en soin totale du patient âgé, il était possible de faire émerger cette (re) connaissance collective et ce sens donné aux pratiques.

Le respect des rythmes (biologique, psychologique, des soins, des aidants, des animateurs, des rééducateurs...) permet de décliner, d'adapter et d'ajuster les projets de soin, de soins et d'activation. Pour réussir cette coopération, des espaces de communication formels ou non sont indispensables.

Nous avons observé que de simples outils comme des plannings de travail négociés, des fiches de postes, (qui fait quoi quand ?) une co-construction des projets (qui fait quoi ? pour quoi ?), contribuent au-delà du 'faire' à un 'être' professionnel. Le sens des pratiques est alors partagé.

Nous pensons que cela contribue à prévenir l'épuisement professionnel. Passeur de sens et de coopération, l'encadrement par sa posture «dedans-dehors» [20], artisan des cloisons mobiles [21] met « en musique » ces coopérations.

À la fois médiateurs et catalyseurs, l'ensemble de l'encadrement doit trouver une cohérence dans l'accompagnement des équipes.

Le tout est plus que la somme des parties.
B. Pascal.

L'accompagnement de la personne âgée en équipe est au carrefour des communications et des pratiques interprofessionnelles (infirmiers, aides-soignants, médecins, rééducateurs, psychologues, travailleurs sociaux...) tenant compte du projet de vie singulier et de la disponibilité des aidants.

À titre d'exemple, une cohérence doit être trouvée en sollicitant sur le plan fonctionnel le même niveau d'autonomie, que ce soit lors des activités de rééducation et lors des activités de vie quotidienne : ni trop pour ne pas réveiller la peur de la chute... ni trop peu pour ne pas perdre les bénéfiques fonctionnels en ne les réinvestissant pas assez.

Travailler ensemble, offrir une cohérence d'action nécessite un partage de culture et de savoirs, une connaissance et un respect de chacun, témoignés par les liens formels et informels entre les professionnels, leurs secteurs et leurs domaines d'activité [22]. Comme il s'agit d'acteurs aux pratiques professionnelles hétérogènes, afin de lever les corporatismes, les conflits de territoires ou les jeux de pouvoir, le développement d'espaces de coordinations, de partages des savoirs et de valeurs, offrent une « sagesse pratique d'un agir ensemble ».

L'accompagnement de la personne âgée nécessite de travailler ensemble avec modestie, entre fatalisme et activisme, dans l'évaluation, la compréhension et l'accompagnement de la situation singulière du sujet âgé. Au-delà des normes collectives, il convient de recevoir aussi sa capacité à créer des normes qui l'individualise. Cette «normativité» n'est pas une référence stricte à des normes collectives mais une autonomie singulière de la personne, en tension entre ses dépendances et ses projets.

C'est toujours à partir du Visage, à partir de la responsabilité pour autrui, qu'apparaît la justice, qui comporte jugement et comparaison, comparaison de ce qui est en principe incomparable, car chaque être est unique ; tout autrui est unique. Emmanuel Levinas

Marcher, manger, parler... constituent à la fois des projets d'équipe avec la personne âgée, faire face au risque de dépendance, mais aussi un risque de majoration de la dépendance (chute, déglutition, dépression...) et d'observer une tension éthique entre l'impossible maîtrise des risques et la mise en œuvre mesurée de la volonté du sujet âgé.

Ce même sujet, dont le visage nous impose une responsabilité de chacun, et de tous [23]. Face à ces enjeux éthiques, l'interprofessionnalité de l'équipe est une opportunité : la diversité dans une équipe est le pari de l'hétérogène, un dépassement du patchwork de disciplines juxtaposées.

Ce «Métis Age interprofessionnel», procède d'astuce créatrice et d'une éthique d'un « bien travailler ensemble ». Il est au carrefour de la communication de chacun au service de tous.

Travailler ensemble avec une cohérence d'intention et d'action nécessite un partage de culture et de savoirs, une connaissance et un respect de chacun, témoignés par les liens formels et informels entre les professionnels, leurs secteurs et leurs domaines d'activité.

Le cadre est alors un passeur [24], au service d'un prendre soin coordonné, concerté et ainsi mutuellement riche.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] MANIERE D, AUBERT M, MOUREY F. Interprofessionnalité en gérontologie. Ed. Erès, 2005. [2] ANZIEU D. MARTIN J-Y. La dynamique des groupes restreints. Ed. PUF, 2007. [3] ENRIQUEZ E. De la horde à l'Etat : Essai de psychanalyse du lien social, NRF. Ed. Gallimard, 1983. [4] RICŒUR P. Ethique et morale, In Lectures I. Autour du politique, Ed. Seuil, 1991. [5] LE COZ P. Petit traité de la décision médicale, Ed. Le Seuil, 2007. [6] HABERMAS J. Morale et communication Conscience morale et activité communicationnelle. Ed. Cerf., 1983 [7] RIZZOLATTI, G. et al. Premotor cortex and the recognition of motor actions Cognit. Brain Res, 1996; 3, 131-141. [8] DAMASIO A. Spinoza avait raison : Joie et tristesse, le cerveau des émotions. Editions Odile Jacob, 2005. [9] PAGE S. The Difference: How the Power of Diversity Creates Better Groups, Firms, Schools, and Societies. Ed. Princeton University Press, 2008. [10] GOLEMAN D. Cultiver l'intelligence relationnelle. Ed. Robert Laffont, 2009. [11] ROSENBERG M. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) - Introduction à la Communication Non Violente. Ed. La Découverte, 1999. [12] D'ASSEMBOURG T. Cessez d'être gentil, soyez vrai ! Éd. de l'Homme, 2001. [13] PLOTON L, CYRULNIK B. Résilience et personnes âgées. Ed. Odile Jacob, 2014. [14] WATZLAWICK P. WEAKLAND J. FISCH, R. FISCH. Changements, Paradoxes et Psychothérapie. Ed. Seuil, 1975. [15] RICŒUR P. Parcours de la reconnaissance. Trois études. Ed. Stock, 2004. [16] CHALVIN D. L'affirmation de soi - Mieux gérer ses relations avec les autres. Ed. ESF, 2004. [17] SCHULER E. Comment s'affirmer - l'assertivité au quotidien. Ed. d'Organisation, 1992. [18] LAPLANTINE F, NOUSS A. Métissages : de Arcimboldo à Zombi. Éditions Jean-Jacques Pauvert, 2001. [19] HALLER P-H, LEGRAS I. Inter - professionnalité en gérontologie: Accompagner les soignants vers la réadaptation de la personne âgée. Congrès National des Professionnels de Gériatrie (2012) . [20] DAMIEN R. Le Conseiller du Prince de Machiavel à nos jours, genèse d'une matrice démocratique. PUF, 2004. [21] ORGOGONZO I. L'entreprise communicante. Des châteaux forts aux cloisons mobiles. Editions Organisation, 1998. [22] HALLER P-H. FAROULT M. Pratiques professionnelles en gérontologie: émergence et évolution. Kinescope, 2008. N°11. [23] LEVINAS E. Éthique et infini, La responsabilité pour autrui. Fayard, 1981. [24] BONNIOL J-J. La passe ou l'impasse, Le formateur est un passeur, En question, 1996; 1.

RETOURS & PARTAGES EXPERIENCES

KINESITHERAPIE SALARIEE EN SECTEUR HANDICAP MEDICO-SOCIAL

A l'aune des enquêtes menées par le CNKS sous l'égide de son Groupe de travail APPOCT (Activités Pratiques Professionnelles Organisation et Conditions de Travail) il est apparu intéressant de donner à voir sous cette rubrique des types d'activités et d'organisation.

Diplômée depuis 2021, j'exerce au sein d'un établissement pédiatrique regroupant Institut d'Éducation motrice (IEM) et Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés. Ces établissements accueillent des jeunes atteints d'affection neurologique : paralysie cérébrale, syndromes cérébelleux, myopathies, et nombre de maladies rares dont certaines dégénératives.

Les journées des jeunes sont partagées entre temps de rééducation et temps éducatif. Certains ont classe dans notre centre, d'autres au sein de l'Unité d'Enseignement Externalisée (UEE) à l'école primaire ou au collège. Concernant ces derniers, des temps d'inclusion peuvent leur être proposés dans des classes ordinaires sur des matières précises selon leurs capacités : arts plastiques, musique, français, technologie... Pour certains, il y a un objectif d'apprentissage à ces inclusions, mais souvent il s'agit essentiellement d'un objectif de sociabilisation. En effet, les inclusions se font en fonction de l'âge et non du niveau scolaire (un élève de 14 ans inclus quelques heures en classe de 3ème peut avoir un niveau de cycle 1, soit de CP par exemple).

J'exerce auprès des 9-12 ans, et des 13-15 ans, ce qui me permet d'avoir deux approches différentes avec d'un côté des plus jeunes et de l'autre de vrais adolescents.

Mais la différence ne se résume pas à l'âge. En effet, nous observons une évolution des profils des jeunes accueillis au sein des établissements médico-sociaux. Il est de plus en plus rare d'accueillir de « simples hémiplégiques ou diplégiques » (que nous retrouvons encore un peu dans le groupe des adolescents).

Dans les unités des moins de 9 ans et des 9-12 ans, le tableau moteur est de plus en plus lourd, mais surtout ils s'y ajoutent des troubles du comportement, des troubles du spectre autistique, des troubles psychiatriques...

Cela a des incidences sur ce que nous pouvons proposer. Par exemple, la rééducation intensive est de plus en plus recommandée par la littérature.

Chez les 13-15 ans, il a été simple de constituer un groupe de contrainte induite avec cinq adolescents hémiplégiques.

Chez les 9-12 ans, le groupe était plus hétérogène avec deux marchants et deux non marchants : un jeune hémiparétique obèse, un jeune ayant une maladie neurodégénérative dont le tableau se rapproche aujourd'hui de celui d'une ataxie cérébelleuse, une jeune diparétique obèse GMFCS 3, une jeune quadriparétique GMFCS 4. Aucun autre jeune n'était susceptible d'être inclus car la compréhension ou le comportement ne leur permettait pas de s'inscrire dans un groupe dont l'objectif était l'émulation collective. Nous nous sommes donc un peu écartées des recommandations scientifiques et avons composé autour de ces différents profils en nous concentrant notamment sur l'autonomie et l'activité physique.

Ce que j'apprécie particulièrement dans mon exercice, c'est la diversité et le travail en équipe qu'il permet.

La diversité s'inscrit à différentes échelles : l'âge comme dit précédemment, mais également le niveau cognitif, les capacités de communication (beaucoup de mes jeunes n'ont pas accès à la communication verbale), l'atteinte motrice (le contenu des séances peut aller de faire vivre des expériences motrices à des jeunes n'en ayant aucune capacité seul, à des séances de HIIT avec burpees pour d'autres jeunes par exemple), la conception du cahier des charges des appareillages (allant de « simples » attelles ou corset à des coquilles assises parfois très complexes)...

Ce type d'exercice nécessite également un travail en équipe très étroit, tant avec le personnel de l'éducatif qu'avec les rééducateurs. On pense assez facilement au travail avec les ergothérapeutes et les orthoprothésistes pour l'appareillage, avec l'orthophoniste pour les troubles de la déglutition, mais en réalité cela va beaucoup plus loin que des actes interprofessionnels. Je m'explique ! Pour favoriser de réels apprentissages, une heure d'orthophonie par semaine ne suffit pas, deux heures de kinésithérapie ne suffisent pas, cinq d'école ne suffisent pas...

Ce que j'apprécie particulièrement dans mon exercice, c'est la diversité et le travail en équipe qu'il permet.

Il va donc être nécessaire d'inclure un peu des objectifs de chacun dans nos prises en charge individuelles. Par exemple, si j'apprends à un jeune à faire ses transferts en autonomie, il l'apprendra de manière bien plus efficace s'il le refait dans son quotidien avec l'ergothérapeute, l'enseignant en APA, le personnel éducatif ou encore la famille que s'il le fait simplement avec moi. De la même manière, dans les jeux que je réaliserais en kinésithérapie, j'inclurais la reconnaissance des couleurs, des calculs... Et c'est là où le travail en équipe est non seulement transdisciplinaire mais se révèle être un travail d'équipe ... interprofessionnel !

Enora Le Calvez

Et c'est là où le travail en équipe est non seulement transdisciplinaire mais se révèle être un travail d'équipe ... interprofessionnel !

PRATIOSCOPE

KINESITHERAPIE SALARIEE & PERSONNES AGEES : quel(s) parcours ? (2^{ème} partie)

C'est le titre de la STKS 5 qui s'est tenue visio-conférence le vendredi 1^{er} avril de 18 h à 19 h 30 et le titre générique d'une série d'articles à paraître dans ce numéro et dans les deux prochains ... voire d'autres en considération du fait que comme toutes les autres disciplines la gériatrie est à la fois « domaine & territoire » et que dans cet « espace » la notion de flux, de « parcours », des personnes qui « les habitent » - bénéficiaires de soins comme dispensateurs d'ailleurs - est essentielle pour caractériser la vie qui s'y écoule.

Un domaine, un territoire, trop longtemps ignoré, délaissé, peu investi pour de multiples raisons... (cf. résultats bruts de l'enquête flash ci-après) et pour lequel il est temps que pouvoirs publics, les professionnels et les bénéficiaires investissent massivement et rendent visibles et lisibles les expériences et expertises acquises de quelques précurseurs particulièrement pugnaces, persévérants.

Et pourtant nous rappelle souvent Thomas Rulleau « la (ré)éducation en) gériatrie, c'est sexy ! ». ... Peut être, entre autre, car c'est le type de prise en charge qui fait appel - compte tenu de personnes souvent polypathologiques - à l'exercice de toutes les compétences et champs de la kinésithérapie par rapport à une exercice orienté ou exclusif dans un domaine ?

Là encore revient le questionnement, voire le sempiternel débat, de l'expertise ou de la polyvalence, « le creuser profond ou ratisser large ? ».

Inscrite dans le cadre du séminaire de printemps du conseil d'administration du CNKS cette **Soirée Thématique de la Kinésithérapie Salariée** a accueilli au-delà des membres dirigeants de l'association une 50^{aine} de participants.

Une assemblée qui a suivi avec attention trois présentations successives de Frédéric Desramault, Kinésithérapeute au CH Darnétal, Edwige Carette Tissandier cadre de santé Kinésithérapeute au CH Riom, Julien Groues, kinésithérapeute ; des interventions ponctuées des avis de France Mourey invitée en qualité de grand témoin, experte reconnue dans le domaine de la gérontologie tant sur le territoire qu'au-delà.

Une STKS saluée sur les réseaux sociaux par France Mourey :
« Des interventions remarquables témoignant de la compétence des professionnels salariés. Les énergies sont bien là pour faire face au challenge de la rééducation gériatrique ! ».

Pratique & Parcours en rééducation gériatrique

Est-il nécessaire de rappeler que l'espérance de vie en France a fortement augmenté au cours du XXe siècle (ce qui est un fait sans précédent dans l'histoire de l'humanité) ? que cette espérance de vie est parmi les plus élevée au monde ? que la part des personnes de 65 ans et plus dans la population augmente de façon importante dans les pays de l'OCDE ? nous indiquaient Frédéric Desramault et Astrid Vanheule en introduction de leur article dans KINESCOPE 18. ...Est-il nécessaire de rappeler que tout «parcours de soins» peut se révéler complexe, anxiogène..? alors que dire quand c'est le parcours d'une personne âgée ?

Edwige Carette Tissandier, Cadre de santé MK, autre intervenante de la STKS rapporte aussi dans nos colonnes son expérience du sujet par l'exemple de parcours du sujet âgé au sein et autour du CH G. Thomas – Riom (63).

Masseur-kinésithérapeute ayant alterné exercice libéral et salarié depuis plus de 20 ans puis cadre de santé en formation initiale et actuellement en encadrement d'équipe, j'ai toujours eu comme fil conducteur professionnel la gériatrie, et rapidement, au-delà d'une simple approche « rééducativo-centrée ». Ces multiples expériences ont évolué d'un premier regard porté sur le patient âgé à une vision plus globale interrogeant la place du sujet âgé lors des différents temps et situations de prises en charge.

Présenter le parcours gériatrique du sujet âgé amène spontanément plusieurs réflexions et questionnements. Par essence même, le parcours du sujet âgé est protéiforme et ne peut se résumer en un descriptif unique d'un seul et même processus. Ceci fait pleinement écho à l'hétérogénéité de la population des plus de 65 ans (1), définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) comme regroupant les sujets âgés, en référence à une classification basée sur l'âge et non sur l'état fonctionnel de la personne.

Le terme de parcours est aussi à préciser : le dictionnaire Larousse (3) le définit comme « un chemin pour aller d'un point à un autre », c'est un « itinéraire à suivre, un ensemble d'étapes ». Une définition du domaine de la chorégraphie (« aptitude à se propulser en avant ») induit une dimension plus dynamique. Enfin, la définition applicable au monde sportif (« un itinéraire jalonné d'obstacle que doit suivre un cavalier pour exécuter une épreuve déterminée ») rejoint plus concrètement le vécu et la réalité de ces parcours patient.

Le questionnement porterait alors sur les mesures possibles à adopter pour faciliter ce parcours du sujet âgé relevant d'une prise en soins.

Le Centre Hospitalier Guy Thomas en Auvergne, lieu de mon exercice actuel, est un hôpital de proximité à activité gériatrique prédominante. Il regroupe 3 Court Séjour Gériatrique (CSG) de 75 lits, 3 Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 146 lits et des services de courts séjours de médecine polyvalente, orientation cardio vasculaire et chirurgie (dont ortho gériatrie). Pour précision, un Service de Suite de Soins et Réadaptation (SSR) existe sur un autre site rattaché au CHU de Clermont Ferrand et fait partie de la filière gériatrie-gérontologie. L'équipe de rééducation comprend quatre masseur-kinésithérapeutes, un ergothérapeute et un enseignant en activités physiques adaptées et participe à l'accueil des stagiaires.

La notion de parcours du patient âgé est abordée au quotidien et l'a été plus

La notion de parcours du patient âgé est abordée au quotidien...

particulièrement récemment au mois de mars 2022, dans ses dimensions organisationnelle et qualitative lors de la certification de l'établissement. L'audit de ce parcours a été réalisé sous la forme d'un parcours traceur intitulé **parcours gériatrique domicile/EHPAD>court séjour gériatrique>retour domicile/EHPAD**.

Pour précision, le parcours traceur est une nouvelle méthode d'analyse des pratiques et des organisations professionnelles mise en place par la HAS dans le cadre de la V2020 qui évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours.

Cet exemple de parcours du sujet âgé débute par le COGERT (COordination GERontologique aidée par Télémédecine).

Cette entité a été mise en place fin 2012 au sein du pôle gériatrie-gérontologie du CHU de Clermont Ferrand. Elle a comme objectif principal d'optimiser le parcours de soins des personnes âgées dans la filière gérontologique. Elle repose sur des principes de coordination de la prise en charge du patient âgé depuis son lieu de soin (domicile, EHPAD, Hôpital ...), de l'action du pôle gérontologie et de l'amélioration de la collaboration entre les différents intervenants (ville/hôpital, sanitaire/médico-social, ...). L'outil utilisé est une « hot line », réservé aux médecins quel que soit leur mode d'exercice et qui permet de joindre directement un gériatre du CHU pour mobiliser sans délais les ressources du pôle gériatrie-gérontologie du CHU.

La proposition d'une réponse adaptée à chaque situation est le maître mot

(programmation d'une hospitalisation directe, avis téléphoniques, discussions autour d'un cas, aide à la prise de décision (assistante sociale, passage IDE de parcours...), avis d'une unité mobile, orientation vers les partenaires adaptées : CLIC, MAIA, CCAS, EHPAD, USLD, UCC ou solutions de télémédecine.

Il s'agit alors de favoriser les entrées directes en court séjour gériatrique, de diminuer les passages inutiles aux urgences des plus de 75 ans (augmentation du vécu stressant, des pertes de repères...) et de maintenir le sujet âgé sur son lieu de soin en évitant les hospitalisations non nécessaires.

L'étape suivante correspond à l'entrée la plus directe possible en service de CSG où la règle est l'évaluation pluridisciplinaire médicale et para médicale par une prescription en première intention d'une évaluation de kinésithérapie complétée par l'ergothérapie.

Ces évaluations nécessitent une coordination temporelle des professionnels rééducateurs mais aussi soignants (IDE, AS), non-soignants (ASH) et médical selon l'état clinique du patient (physique et/ou cognitif).

Elles se réalisent soit le jour même, soit les jours suivants. Ceci crée beaucoup d'échanges spontanés, informels entre tous les professionnels intervenant autour et pour le patient par besoin et nécessité inhérente à une prise en charge holistique.

Il s'agit alors d'instaurer et d'évoluer dans un climat de confiance réciproque entre professionnels, permettant de créer un véritable terrain propice à la réalisation d'un « tricot des pratiques », indispensable à chaque nouvelle situation et facilitant l'émergence d'une solution singulière et optimale à un instant donné.

Ces échanges sont formalisés lors d'un staff hebdomadaire avec médecins, internes, cadre du service, infirmiers, aides-soignants rééducateurs - dont diététicienne - assistante sociale, psychologue, « infirmiers de parcours »...

Chacun peut intervenir pour préciser un point important, impactant, par exemple, les modalités de la prise en charge (définir un co-objectif) ou les perspectives de sortie (durée, organisation, besoin en matériel...).

La durée moyenne de séjour (DMS) en CSG étant d'environ 15 jours pour des pathologies telles que suite de chutes, difficultés sociales de maintien à domicile, accentuation de troubles cognitifs, etc... la préparation du devenir, autrement dit, des suites post hospitalisation, se fait au plus tôt, c'est-à-dire dès la stabilisation de l'état médical du patient.

L'objectif majeur est d'éviter une nouvelle hospitalisation

Les raisons de cette préparation précoce s'expliquent par la recherche de la réduction de la durée d'hospitalisation et de ses impacts financier, organisationnel (gestions des flux), patient (minimiser les risques de dépendances iatrogènes et co-construction avec le patient et/ou son entourage d'un retour à domicile sécurisé, fiable).

L'objectif majeur est d'éviter une nouvelle hospitalisation. Les actions mises en place, peuvent être, par exemple la révision ou apprentissage des bonnes pratiques de transferts, la sécurisation de la marche (aide au choix des aides techniques), la révision des prescriptions médicamenteuses, la proposition d'orientation vers des professionnels libéraux avec l'appui des CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) pour la poursuite d'un traitement rééducatif dans le cas d'un retour à domicile.

Enfin, la consolidation du retour à domicile est assurée par le passage de l'IDE de parcours.

Les objectifs de ce parcours pour les patients, résident, de manière non exhaustive, dans les points suivants :

- évaluer et analyser globalement les différentes capacités et besoins du patient âgé pour co-définir pour et avec le patient les suites les plus adaptées
- personnaliser la prise en charge
- maintenir une dimension humaine dans un contexte de soins
- éviter les attentes de prises en charge
- maintenir la personne âgée sur son lieu de soins en combinant la dimension économique à la dimension humaine

Ainsi se dessine en filigrane le concept d'interprofessionnalité ...

Quant aux professionnels, les attendus peuvent être de différentes natures :

- A l'instar du comité bienveillance à destination des patients, il s'agit aussi de faire vivre, prendre corps des valeurs telles que la bienveillance et l'ouverture d'esprit pour l'accueil de l'autre dans sa singularité professionnelle : chaque professionnel apporte une lecture de la situation du patient, un éclairage qui souvent permet de donner la clé de lecture manquante pour comprendre une situation de soins et apporter la réponse la plus adéquate à la personne prise en charge.

Ainsi se dessine en filigrane le concept d'interprofessionnalité qui, d'un statut de concept tend à prendre forme par

- l'accompagnement,
 - sa déclinaison pratique et des pratiques des professionnels
- .. une sorte de morphose tout en conservant son essence même, entre rééducateurs mais aussi entre rééducateurs, soignants et médecins.

En guise d'illustration pratique, a été conduit en interne pour les rééducateurs, un premier travail concernant un exemple contextualisé de répartition des champs de compétences et des actes. La réflexion se poursuit avec le contenu et les modalités de transmissions orales et écrites suite au déploiement du DPI Easily.

- Par ailleurs, au travers du parcours du sujet âgé, il s'agit aussi pour une petite entité de rééducation, de pouvoir expliquer et démontrer la plus-value apportée par le groupe rééducation-réadaptation et pas seulement par un corps professionnel, autant en mode direct (prise en charge patient), qu'en mode- impact indirect (aide au choix des fauteuils de chambre, participation aux réflexions institutionnelles prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP)...)

Autrement dit, la démarche retenue est celle « des petits pas », au travers de petits projets qui valorisent les professionnels, améliorent la prise en charge des patients et qui mettent en lumière ce que peuvent apporter les professionnels de la rééducation à l'institution.

Là encore, citons en exemple, la mise en place d'un stock dépôt d'orthèses et de chaussures CHUT, d'ateliers équilibre en EHPAD...

Et même s'il s'agit d'un petit et modeste centre hospitalier, cela n'exclut pas les possibilités d'expression et de créativité dont font souvent preuve les rééducateurs au service des patients.

Pour terminer sur le parcours du sujet âgé, que resterait-il à faire ? Quelles perspectives ? Autant de choses que d'idées !

Plus concrètement, à mon sens, il s'agirait :

- de poursuivre l'amélioration des coordinations ville-hôpital et surtout hôpital-ville, soit masseur-kinésithérapeute salarié / masseur-kinésithérapeute libéral
- de mieux prendre en compte le tissu social du patient âgé, autrement dit d'intégrer les aidants et proches comme facteur et acteurs à part entière de la prise en charge du patient âgé (place et rôle des commissions des usagers en institution)
- de continuer à renforcer l'intérêt des professionnels de la rééducation actuels et futurs pour ces prises en charge de terrain dès la formation initiale, en portant un autre regard par un positionnement, un recentrage professionnel plus fort dans ce domaine qu'est la gériatrie, discipline à part entière.

Il est à souligner que l'indéniable utilité sociale de la masso-kinésithérapie justifie la contribution nécessaire et incontournable de la profession et, plus largement, celles de la rééducation, à cette problématique de santé publique (exemple du plan antichute des personnes âgées du 21 février 2022).

Enfin, la reconnaissance, pendant de la valorisation professionnelle, reste un levier majeur de fidélisation des professionnels salariés : quid de la spécialisation ou d'un «Masseur-Kinésithérapeute en Pratique Avancée»?

Edwige Carette Tissandier
Cadre de santé MK

1. Adelman R.D., Berger J.T., Macina L.O. Critical care for geriatric patients. Clin Geriatr Med 1994 ; 10 : 91-101.
2. Disponible sur le lien internet [de l'OMS/Europe Vieillissement en bonne santé - Regards sur le vieillissement \(who.int\)](#)
3. Définitions : parcours - Dictionnaire de français Larousse

 #TeamKinésSalariés

soutien actif à la démarche de rééducation des personnes âgées (prévention comprise) vous informe :

France Mourey, conférence sur « La prévention de la chute du sujet âgé: mythe ou réalité? » le lundi 20 Juin 2022 à 18h (présentiel & visio).



Lu pour nous L'ESSENTIEL



Réparer les cerveaux - Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC

Muriel Darmon

Edition La découverte Collection Laboratoire des sciences sociales Avril 2021



« Réparer les cerveaux » débute par l'évocation de l'«apoplexie» du sénateur Noirier de Villefort décrite dans «Le Comte de Montecristo». Son fils y rapporte, sous la plume d'Alexandre Dumas, la perte brutale des capacités de son père - ancien puissant jacobin devenu vieillard dépendant - qui aurait pu entraîner sa déchéance sociale, mais qui est atténuée par ses habiletés politiques antérieures, lui ayant permis de fonder sa position et son pouvoir.

Lorsqu'une sociologue s'intéresse à l'expérience de la perte et de la récupération consécutive d'un accident vasculaire cérébral, cela se traduit par un ouvrage qui relie étroitement le soin et les sciences humaines et sociales. Muriel Darmon de l'École des hautes études en sciences sociales EHESS, s'intéresse aux questions de socialisation et d'inégalités dont les patients sont victimes et acteurs. L'illustration de la couverture est une superposition d'IRM du cerveau sur le schéma de l'espace des styles de vie dans la « Distinction » de Bourdieu ... une association qualifiée de pointue de l'aveu même de l'auteur (<https://www.contretemps.eu/reconstruire-cerveau>). Pour quelles raisons les femmes victimes d'AVC et les patients issus de classes populaires récupèrent moins que les autres, face à une lésion équivalente et avec des prises en charges comparables ?

S'appuyant sur de précédentes enquêtes quantitatives épidémiologiques et sociologiques, elle repère des inégalités sociales, de classe et de genre, face à la maladie, aussi bien dans l'accès aux soins, dans l'accès à la rééducation que dans la mortalité.

Pour mieux comprendre ces inégalités Muriel Darmon a mobilisé des matériaux de recherche étendus et hétérogènes : à la fois des témoignages autobiographiques de patients - rugbyman, grand patron, neuroanatomiste - ainsi que des enquêtes et observations de terrain.

Elle met en évidence des écarts sociaux dans les parcours de patients et la réversibilité partielle ou totale des troubles des activités de la vie quotidienne comme des activités sociales. Elle suggère de nuancer l'historique dogme du «tout biologique» par une resocialisation hétérogène, liée au statut social, induisant une persistance et une «résistance du social incorporé» (p. 11).

Lors d'observations ethnographiques en services hospitaliers de court séjour et de réadaptation pendant plus d'un an, Muriel Darmon observe l'engagement des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes (...) pour accompagner des patients avec de lourds handicaps au sein d'institutions dégradées.

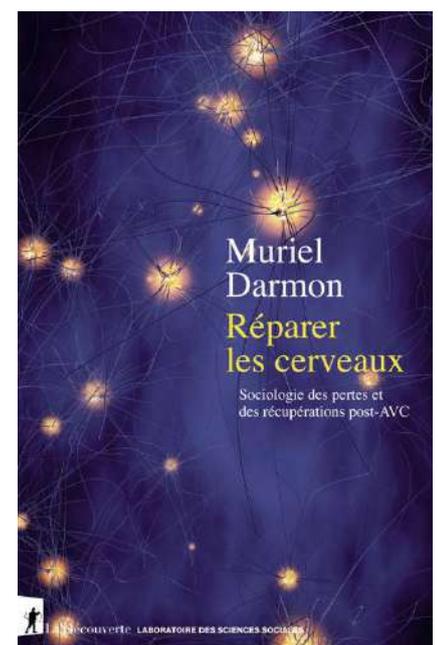
Elle questionne les institutions de santé et leurs normes. Elle rapproche ses travaux sur la scolarité et les classes préparatoires (2015) avec la forme scolaire que pourrait prendre la ré-éducation : organisation temporelle et spatiale de l'hôpital, planification des activités de soins et de rééducation et évaluation normée de la situation de handicap... Elle observe une valorisation des «bons» patients assimilés à de «bons» élèves qui, issus des classes moyennes ou supérieures, sont familiers de l'«école» et de ses méthodes. D'autres écarts de récupération sont rapportés aux écarts de classe et de genre, par la rémanence de compétences sociales, le rapport au fatalisme ou à l'abnégation, et les valeurs sociales de la récupération.

Ce travail d'enquête valorise la richesse de la sociologie et des enquêtes qualitatives de terrain pour comprendre les faits sociaux complexes comme l'expérience patient atteint d'AVC. Il suggère de questionner nos pratiques de soins et de rééducation au regard de vécus hétérogènes et aux «habitus» sociaux et genrés des patients. Le neurologique peut ainsi être lu comme le fruit d'un construit social qui perdure et qui conditionne la récupération biologique.

Première cause de handicap acquis chez l'adulte, l'accident vasculaire cérébral, ou AVC, peut brutalement faire disparaître ou empêcher, de façon temporaire ou non, un grand nombre de capacités de la vie quotidienne, dans des domaines physiques ou intellectuels très divers : la marche, la déglutition, la planification, la lecture, la préhension, etc. Parce qu'il touche à des savoir-faire acquis, l'AVC peut apparaître comme une atteinte biologique du social qui en efface les effets en réinitialisant les expériences, les compétences et les dispositions, autrement dit comme un accident égalisateur qui annule les différences sociales entre individus.

Pourtant, à âge égal et à gravité équivalente des lésions cérébrales, les séquelles ne seront pas les mêmes si le patient est un homme ou une femme, un ouvrier ou un cadre supérieur, si la récupération de ses capacités a une grande ou une moindre valeur aux yeux des acteurs de la rééducation, si l'AVC a laissé intact chez lui un rapport aisé ou difficile aux modalités scolaires d'apprentissage.

Pour mettre en évidence et expliquer ces phénomènes, Muriel Darmon a mené une enquête approfondie dans un service de neurologie d'un hôpital universitaire et auprès des différents corps de spécialistes – kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, etc. – de deux centres de rééducation. En suivant le parcours post-AVC des patients au sein de ces unités et des étonnants "plateaux techniques" conçus pour favoriser leurs réapprentissage, ce livre montre que, par-delà ce qui semble perdu, le social perdure chez les individus et résiste à l'atteinte biologique.





XXV^e JNKS

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

Jeudi 22 & Vendredi 23 septembre 2022

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE & PRATIQUES PROFESSIONNELLES :
TERRITOIRES en MOUVEMENT

[2021 - 2022 - 2023]



PARLONS EN, ENSEMBLE
au sein de l'IRF du CHU de REIMS

JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE

Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS

Organisée et gérée sous l'égide de KOP

n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK 0035038

JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



Pré-Programme
au
08 04 2022

JNKS REIMS 2022 Jeudi 22 septembre

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée – Séminaire National

Matin
09 h 00 à 12 h 00

Pratiques Professionnelles ... & Politiques Publiques

- **ACCUEIL BIENVENUE** : Direction Générale CHU Reims,
Pierre-Henri Haller, Président du CNKS (13), Hervé Quinart, DS IRF (51), Sophie Trichot, CSS (51)
- **KALEIDOSCOPE : EVOLUTIONS PROFESSIONNELLES EN COURS**
Pierre-Henri Haller, Président du CNKS (13) & Olivier Saltarelli, Secrétaire Général CNKS (21)

Pratiques Professionnelles... et territoires disciplinaires

avec le concours de la Société Française de Physiothérapie SFP

- **RETOURS D'EXPERIENCES**
 - **Kinésithérapie Salariée & Gériatrie** : chambre des erreurs,
Frédéric Desramault MK (76)
 - **Kinésithérapie Salariée & Covid long**
En attente de confirmation de l'intervenant

Pause Déjeuner

Après midi
13 h 30 – 17 h 30

Pratiques Professionnelles intra-extra & Interpro ...

- **RETOURS D'EXPERIENCES REGIONALES**
 - **TEMPS PARTIEL EXERCICE MIXTE**
En attente de confirmation de l'intervenant
 - **DYSPHAGIE ... & NORME INTERNATIONALE D'ALIMENTATION**
En attente de confirmation de l'intervenant

Pratiques Professionnelles ... évolutions des dispositifs

- **KINESITHERAPEUTES SALARIES : FORMATION CONTINUE, CERTIFICATION**
avec Paul Vermot, Jean Gournay, Julien Groues et Sophie Trichot

18 h 30 ACCUEIL en MAIRIE

19 h 30 SOIREE CONVIVIALE sur inscription individuelle complémentaire

PARLONS EN, ENSEMBLE
CHU de REIMS



JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



Pré-Programme
au
08 04 2022

JNKS REIMS 2022 Vendredi 23 septembre

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée - Séminaire National

Matin
09 h 00 à 12 h

Pratiques Professionnelles ... et « territoires disciplinaires »
avec le concours de la Société Française de Physiothérapie SFP

- **RETOURS D'EXPERIENCES**
 - Kinésithérapie Salariée & Brulés,
Emilie Rouvière, CDS MK (83)
 - Kinésithérapie Salariée & Amputés
En attente de confirmation de l'intervenant

**Pratiques Professionnelles : professionnalisation & diversification
des territoires au cœur de l'attractivité fidélisation**

- **ETUDES & ENQUETES du GROUPE DE TRAVAIL ACCES**
Véronique Grattard, CSS MK (25)
- **TABLE RONDE TUTORAT MENTORAT PARTENARIAT**
avec *Mickaël Duveau MK (45) et Cyprien Guillot (21)*
et les représentants des Organisations Professionnelles sollicitées
- **ETUDES & ENQUETES du GROUPE DE TRAVAIL APPOCT**
Valérie Martel, CDS MK (76)
- **TABLE RONDE « MK SALARIE en PRATIQUE AVANCEE » ?**
avec *Pierre Henri Haller, Président CNKS & Matthieu Guemann, Président SFP*

Pause Déjeuner

Prix de la Kinésithérapie Salariée

Pratiques Professionnelles :
prospective(s) & territoire(s) de recherche

- **KINESITHERAPEUTES SALARIES & RECHERCHE**
avec *Guillaume Fossat, MK (45), Julia Prieur, CDS Rééducateur (76), Caroline Serniclay, coordonnatrice paramédicale de la recherche (51), Thomas Rulleau MK Clinicien Chercheur (85)*

Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com

Vos coordonnées seront uniquement utilisées pour mieux vous informer et diffuser plus efficacement des informations pratiques sur nos formations (catalogue, emailing, ...). Elles sont enregistrées et transmises au responsable en charge des formations de Kiné Ouest Prévention, ainsi qu'au CNKS dispensant la formation à laquelle vous vous inscrivez. Ce dernier s'engage à ne pas les utiliser sans votre consentement en dehors du cadre de la formation. Kiné Ouest Prévention conserve vos coordonnées tant que vous ne vous désinscrivez pas. Vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour toute situation particulière de Handicap, merci de nous contacter afin que nous puissions analyser vos besoins.

PARLONS EN, ENSEMBLE
au CHU de Reims



JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



BULLETIN D'INSCRIPTION JNKS 22 & 23 septembre 2022

à retourner par mail : formations.kines@kineouestprevention.com

ou par courrier à : KINE OUEST PREVENTION (KOP) 1, allée du Puits Julien - BP 112 - 22590 PORDIC

jusqu'au **11 septembre 2022** : tarif normal ... à partir du **12 septembre 2022** : tarif majoré

remplir en MAJUSCULES svp

NOM

Prénom

Date DE : Date CDS :

Autre Diplôme : Date

RPPS :

IMPERATIF : en cas d'annulation pour cause de reprise pandémique
adresse mail personnelle ou professionnelle :

ET téléphone portable :

Adresse domicile :

Code postal Ville

remplir en MAJUSCULES svp

FONCTION exercée : Kinésithérapeute

Cadre (service) Cadre sup (service)

Cadre (enseignant) Cadre sup (enseignant)

Directeur Soins Directeur IFMK

Etablissement

Service ou pôle :

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

email

Prise en charge par la formation continue : à compléter par le responsable de la formation continue de l'établissement, et adresser le bulletin par mail ou par courrier. Une convention de formation sera adressée, par KOP dès réception du bulletin d'inscription, au directeur de l'établissement.

Prise en charge personnelle : joindre au présent bulletin dûment complété, daté et signé, le règlement des frais d'inscription - et prestations annexes s'il y a lieu - par chèque à l'ordre de KOP

A le/...../.....

Signature du stagiaire

à compléter par le responsable en majuscules svp

NOM.....

Prénom.....

Fonction.....

Adresse

Tél.....Fax.....

email

Fait àle...../...../.....

BON POUR ACCORD

Cachet de l'établissement

et signature du responsable de la formation

TARIFS cocher les cases correspondantes (jours et tarifs)

Jusqu'au 11 septembre : tarif normal	adhérent *	non adhérent
Jeudi 22 septembre	160 € <input type="radio"/>	210 € <input type="radio"/>
Vend. 23 septembre	160 € <input type="radio"/>	210 € <input type="radio"/>
ou les 2 jours	300 € <input type="radio"/>	400 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

A partir du 12 septembre : tarif majoré	adhérent *	non adhérent
Jeudi 22 septembre	210 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
Vend. 23 septembre	210 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
ou les 2 jours	400 € <input type="radio"/>	480 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

* à jour de la cotisation 2022 au CNKS

[cf. ~-> www.cnks.org]

A réception du dossier complet dûment constitué (inscription individuelle réglée ou convention signée) KOP transmettra les informations définitives relatives aux JNKS (confirmation de convocation, information pratiques...)

KOP Association loi 1901 (déclarée en Préfecture des Côtes d'Armor)
n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 -
DATADOCK 0035038
[Code APE 8559A - organisme de formation non assujéti à la TVA]

JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :





XXV^e JNKS

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée / Séminaire National

Jeudi 22 & Vendredi 23 septembre 2022

KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE & PRATIQUES PROFESSIONNELLES :
TERRITOIRES en MOUVEMENT

[2021 - 2022 - 2023]



PARLONS EN, ENSEMBLE
au sein de l'IRF du CHU de REIMS

JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE

Session de formation continue conçue et réalisée par le CNKS

Organisée et gérée sous l'égide de KOP

n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 – DATADOCK 0035038

JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



ManagerSante.com



appel medical
par randstad.



CHU DE REIMS

Pré-Programme
au
08 04 2022

JNKS REIMS 2022 Jeudi 22 septembre

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée – Séminaire National

Matin
09 h 00 à 12 h 00

Pratiques Professionnelles ... & Politiques Publiques

- **ACCUEIL BIENVENUE** : Direction Générale CHU Reims,
Pierre-Henri Haller, Président du CNKS (13), Hervé Quinart, DS IRF (51), Sophie Trichot, CSS (51)
- **KALEIDOSCOPE : EVOLUTIONS PROFESSIONNELLES EN COURS**
Pierre-Henri Haller, Président du CNKS (13) & Olivier Saltarelli, Secrétaire Général CNKS (21)

Pratiques Professionnelles... et territoires disciplinaires

avec le concours de la Société Française de Physiothérapie SFP

- **RETOURS D'EXPERIENCES**
 - **Kinésithérapie Salariée & Gériatrie** : chambre des erreurs,
Frédéric Desramault MK (76)
 - **Kinésithérapie Salariée & Covid long**
En attente de confirmation de l'intervenant

Pause Déjeuner

Après midi
13 h 30 – 17 h30

Pratiques Professionnelles intra-extra & Interpro ...

- **RETOURS D'EXPERIENCES REGIONALES**
 - **TEMPS PARTIEL EXERCICE MIXTE**
En attente de confirmation de l'intervenant
 - **DYSPHAGIE ... & NORME INTERNATIONALE D'ALIMENTATION**
En attente de confirmation de l'intervenant

Pratiques Professionnelles ... évolutions des dispositifs

- **KINESITHERAPEUTES SALARIES : FORMATION CONTINUE, CERTIFICATION**
avec Paul Vermot, Jean Gournay, Julien Groues et Sophie Trichot

18 h 30 ACCUEIL en MAIRIE

19 h 30 SOIREE CONVIVIALE sur inscription individuelle complémentaire

PARLONS EN, ENSEMBLE
CHU de REIMS



JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



Pré-Programme
au
08 04 2022

JNKS REIMS 2022 Vendredi 23 septembre

Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée - Séminaire National

Matin
09 h 00 à 12 h

Pratiques Professionnelles ... et « territoires disciplinaires »
avec le concours de la Société Française de Physiothérapie SFP

- **RETOURS D'EXPERIENCES**
 - Kinésithérapie Salariée & Brulés,
Emilie Rouvière, CDS MK (83)
 - Kinésithérapie Salariée & Amputés
En attente de confirmation de l'intervenant

**Pratiques Professionnelles : professionnalisation & diversification
des territoires au cœur de l'attractivité fidélisation**

- **ETUDES & ENQUETES du GROUPE DE TRAVAIL ACCES**
Véronique Grattard, CSS MK (25)
- **TABLE RONDE TUTORAT MENTORAT PARTENARIAT**
avec *Mickaël Duveau MK (45) et Cyprien Guillot (21)*
et les représentants des Organisations Professionnelles sollicitées
- **ETUDES & ENQUETES du GROUPE DE TRAVAIL APPOCT**
Valérie Martel, CDS MK (76)
- **TABLE RONDE « MK SALARIE en PRATIQUE AVANCEE » ?**
avec *Pierre Henri Haller, Président CNKS & Matthieu Guemann, Président SFP*

Pause Déjeuner

Prix de la Kinésithérapie Salariée

Pratiques Professionnelles :
prospective(s) & territoire(s) de recherche

- **KINESITHERAPEUTES SALARIES & RECHERCHE**
avec *Guillaume Fossat, MK (45), Julia Prieur, CDS Rééducateur (76), Caroline Serniclay, coordonnatrice paramédicale de la recherche (51), Thomas Rulleau MK Clinicien Chercheur (85)*

Informations et renseignements : formations.kines@kineouestprevention.com

Vos coordonnées seront uniquement utilisées pour mieux vous informer et diffuser plus efficacement des informations pratiques sur nos formations (catalogue, emailing, ...). Elles sont enregistrées et transmises au responsable en charge des formations de Kiné Ouest Prévention, ainsi qu'au CNKS dispensant la formation à laquelle vous vous inscrivez. Ce dernier s'engage à ne pas les utiliser sans votre consentement en dehors du cadre de la formation. Kiné Ouest Prévention conserve vos coordonnées tant que vous ne vous désinscrivez pas. Vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour toute situation particulière de Handicap, merci de nous contacter afin que nous puissions analyser vos besoins.

PARLONS EN, ENSEMBLE
au CHU de Reims



JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :



BULLETIN D'INSCRIPTION JNKS 22 & 23 septembre 2022

à retourner par mail : formations.kines@kineouestprevention.com

ou par courrier à : KINE OUEST PREVENTION (KOP) 1, allée du Puits Julien - BP 112 - 22590 PORDIC

jusqu'au **11 septembre 2022** : tarif normal ... à partir du **12 septembre 2022** : tarif majoré

remplir en MAJUSCULES svp

NOM

Prénom

Date DE : Date CDS :

Autre Diplôme : Date

RPPS :

IMPERATIF : en cas d'annulation pour cause de reprise pandémique
adresse mail personnelle ou professionnelle :

ET téléphone portable :

Adresse domicile :

Code postal Ville

remplir en MAJUSCULES svp

FONCTION exercée : Kinésithérapeute

Cadre (service) Cadre sup (service)

Cadre (enseignant) Cadre sup (enseignant)

Directeur Soins Directeur IFMK

Etablissement

Service ou pôle :

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

email

Prise en charge par la formation continue : à compléter par le responsable de la formation continue de l'établissement, et adresser le bulletin par mail ou par courrier. Une convention de formation sera adressée, par KOP dès réception du bulletin d'inscription, au directeur de l'établissement.

Prise en charge personnelle : joindre au présent bulletin dûment complété, daté et signé, le règlement des frais d'inscription - et prestations annexes s'il y a lieu - par chèque à l'ordre de KOP

A le/...../.....

Signature du stagiaire

à compléter par le responsable en majuscules svp

NOM.....

Prénom.....

Fonction.....

Adresse

Tél.....Fax.....

email

Fait àle...../...../.....

BON POUR ACCORD

Cachet de l'établissement

et signature du responsable de la formation

TARIFS cocher les cases correspondantes (jours et tarifs)

Jusqu'au 11 septembre : tarif normal	adhérent *	non adhérent
Jeudi 22 septembre	160 € <input type="radio"/>	210 € <input type="radio"/>
Vend. 23 septembre	160 € <input type="radio"/>	210 € <input type="radio"/>
ou les 2 jours	300 € <input type="radio"/>	400 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

A partir du 12 septembre : tarif majoré	adhérent *	non adhérent
Jeudi 22 septembre	210 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
Vend. 23 septembre	210 € <input type="radio"/>	250 € <input type="radio"/>
ou les 2 jours	400 € <input type="radio"/>	480 € <input type="radio"/>
Total (à reporter) :	= €	= €

* à jour de la cotisation 2022 au CNKS

[cf. ~-> www.cnks.org]

A réception du dossier complet dûment constitué (inscription individuelle réglée ou convention signée) KOP transmettra les informations définitives relatives aux JNKS (confirmation de convocation, information pratiques...)

KOP Association loi 1901 (déclarée en Préfecture des Côtes d'Armor)
n° Siret : 38805089000044 - n° de déclaration d'activité 53220872422 -
DATADOCK 0035038
[Code APE 8559A - organisme de formation non assujéti à la TVA]

JNKS 2022 conçues par



administrées par



en partenariat et avec le soutien de :

