

Apostille

Meilleurs vœux 2021

Sommaire

- PERISCOPE
- SALUONS la KS... p. 2
- MICROSCOPE p.3 à 7
PMI ou PA ?
- MICROSCOPE p.8 à 17
Université, Universitaires,
Universitarisation
- PRATICOSCOPE p.18 à 20
Accompagnement des étudiants
- BAROSCOPE p.21
QVT / STPT post COVID19
- MACROSCOPE p.21 à 30
Réadaptation / Professions
Alliées
- EPISCOPE p.31
Le CA du CNKS
- TROMBINOSCOPE p.32
Julien Grouès
- KALEIDOSCOPE p.33 à 34
supplément
LEXICOSCOPE p.I à VIII

www.cnks.org



contact.cnks@gmail.com

Directeur de publication

Pierre-Henri Haller

Rédacteur en chef

Yves Cottret

Comité de rédaction

Valérie Corre, Christophe Dinet,
Andrée Gibelin, Julien Grouès, Olivier Saltarelli

Périscope

Lettre au Père Noël

Si l'on y croyait encore on aurait envie de lui demander beaucoup de choses :

- des salaires encore plus en adéquation avec les niveaux de formation, de technicité et de responsabilité ;
- un recentrage de nos activités sur des actes à haute plus-value par la mise à disposition parcimonieuse et dument justifiée d'aides en soins de réadaptation ;
- des «espaces-temps» d'activités connexes pro, interpro ou institutionnelles intégrés dans la durée de travail hebdomadaire ;
- de vrais plans d'action hospitaliers d'attractivité et de fidélisation ;
- des plans de carrières plus diversifiés avec des statuts
 - de MKs de Pratique avancée
 - de MKs cliniciens-chercheurs
 - de cadre de santé de la filière rééducation.

Et pour le CNKS, ses administrateurs, militants et autres membres le juste retour investissement de leur engagement par la réussite des STKS, des JNKS, des Groupes de travail et l'avènement de nos suggestions et propositions.

Et en guise de vœux pour 2021 souhaitons

- que la crise sanitaire puisse être jugulée pour que les citoyens et les professionnels de santé soumis à rudes épreuves depuis février 2020 puissent recouvrer une vie normale
- que le soutien plus affirmé - par l'adhésion notamment mais aussi par la contribution active aux réflexions et actions de promotion de notre métier - des collègues salariés soit au rendez-vous de nos suggestions (*) ... pour leur propre reconnaissance et qualité de vie au travail.

(*) dès janvier répondez à notre enquête sur vos attentes !

KINESCOPE,

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

Saluons



la kinésithérapie salariée !

en SSR ou Hospitalier, un formidable métier

CNKS

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

Microscope

dossiers au cœur du métier

ACTUALITE : PA et/ou PMI Le devenir des professions paramédicales en question !? L'avenir du MK en jeu !?

Avec la PPL (proposition de loi) de « simplification et de confiance »..., dont les auteurs ont justifié l'empressement par la mise en œuvre des accords Ségur, a surgi - sans avoir été concertée en amont - la PMI (profession médicale intermédiaire) in fine rejetée par l'ensemble des représentations professionnelles (cf. KINESCOPE n°7).

Et de resurgir de façon extemporanée ou subséquente les sujets de la PMCD (profession médicale à compétence définie) et/ou du KPA (kinésithérapeute en pratique avancée) : perspectives qui font l'objet d'avis pour le moins divergents et asynchrones au sein des différentes représentations de la profession.



Le CNKS pour sa part, conforté par son enquête (cf. précédents KINESCOPES), les échanges au sein du son Groupe de Travail et les récentes auditions des sociétés savantes de la profession, persiste à penser que la mise en place de mk en pratique avancée serait une avancée intéressante et pragmatique en termes :

- d'évolution globale de la profession par la reconnaissance d'expertises acquises par les professionnels,
- de diversification des plans de carrières des MK salariés (parallèlement à la voie de l'encadrement ou à celle de praticiens chercheurs en cours de développement et qui nécessite rapidement un vrai statut),
- de réponse aux nouveaux besoins de santé qu'ils résultent de désertification médicale, d'émergences de (poly)pathologies ou de bio-technologies nouvelles.

À propos de la Profession Médicale Intermédiaire (PMI)



C'est l'article 1 d'une proposition de loi (PPL) déposée fin novembre intitulée « ...de simplification de de confiance » qui visait à graver dans le marbre du Code de Santé publique (CSP) - et par anticipation de définition plus précise sans concertation préalable - la possibilité pour les auxiliaires médicaux (soignants, rééducateurs et médicotéchniques) « d'exercer en tant que profession médicale intermédiaire » qui a amalgamé un mécontentement unanime des professions médicales et paramédicales.

“L'exercice légal de la médecine en France conduit à un cloisonnement important des professionnels de santé avec d'une part le médecin diplômé d'un bac +10 et d'autre part l'infirmière titulaire d'un bac +3 ; Or, la démographie de ces professionnels de santé et leur répartition sur le territoire national ne permet pas toujours de répondre aux besoins de santé de nos concitoyens” développait l'exposé des motifs. Selon Stéphanie Rist, médecin Rhumatologue, députée LREM du Loiret, la création de professions intermédiaires doit *“permettre une évolutivité des métiers ...la France a énormément de retard sur ces questions de pratiques avancées”* et *“libérer du temps médical”* ... par délégation à d'autres professionnels. L'article de cette proposition de loi prévoyait qu'un décret fixe les domaines d'intervention, les conditions et règles d'exercice de cette profession, *“suite aux conclusions du rapport des ordres des infirmiers et des médecins”, “après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professions de santé concernées”* ... ou comment mettre la charrue avant les bœufs ! La Députée elle se défend d'avoir voulu *“préjuger de la fin de cette mission”*, et précisait *“qu'il s'agit de ne pas perdre de temps et d'inscrire dès à présent le cadre de ces professions médicales intermédiaires, qui seraient définies à postériori par la mission afin qu'il n'y ait pas besoin d'une nouvelle loi”*.

Déplorant cette inscription législative précipitée, en catimini avant même que la “mission exploratoire” ait été lancée, de très nombreuses organisations se sont opposées à cet article au point où il a été totalement transformé en une obligation pour le ministère de bilan sur la PA : face à ce *“blocage important”, “cet article va évoluer”*, avait confié Stéphanie Rist à la presse. *“Il va être réécrit et le terme de profession médicale intermédiaire n'apparaîtra plus”*, évoquant plutôt une *“obligation de rapport sur les pratiques avancées, notamment”*.

La presse rapporte aussi que pour l'ordre des médecins *“La méthode est intolérable”*, et qu'après après avoir pris le pouls de leur profession « non seulement la création d'une profession intermédiaire n'était pas une demande des médecins, mais que ces derniers y étaient opposés ».

De l'avis de nombreux négociateurs du Ségur de la Santé, la **mesure PMI** est une **“marotte d'Olivier Véran”**, qui l'a imposée dans le Ségur. D'ailleurs le ministre de la santé ne désarme pas dans son intention et le fait savoir en indiquant que dans le prochain PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) à l'automne 2021 ... il compte bien insérer « sa PMI ».

Mais qu'est-ce / qu'est-ce que pourrait être – une profession médicale intermédiaire ?
« C'est justement à la mission de le définir », précisait Stéphanie Rist hémi-négligeant le fait que cette concertation devait être un préalable à la législation sur un sujet si sensible.

A suivre dans un prochain KINESCOPE
ce sujet délicat pour ne pas dire épineux et qui risque de faire long feu !

À propos de la pratique avancée

Depuis la Loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé loi Touraine il est officiellement - légalement - question de fonction et de diplôme **d'auxiliaires médicaux en pratique avancée** ayant pour double objectif de pallier à des déserts médicaux & de valoriser un exercice professionnel d'expertise lié un raisonnement clinique et des actes étendus pour l'ensemble des professionnels paramédicaux inscrits au titre II du code de la santé publique.

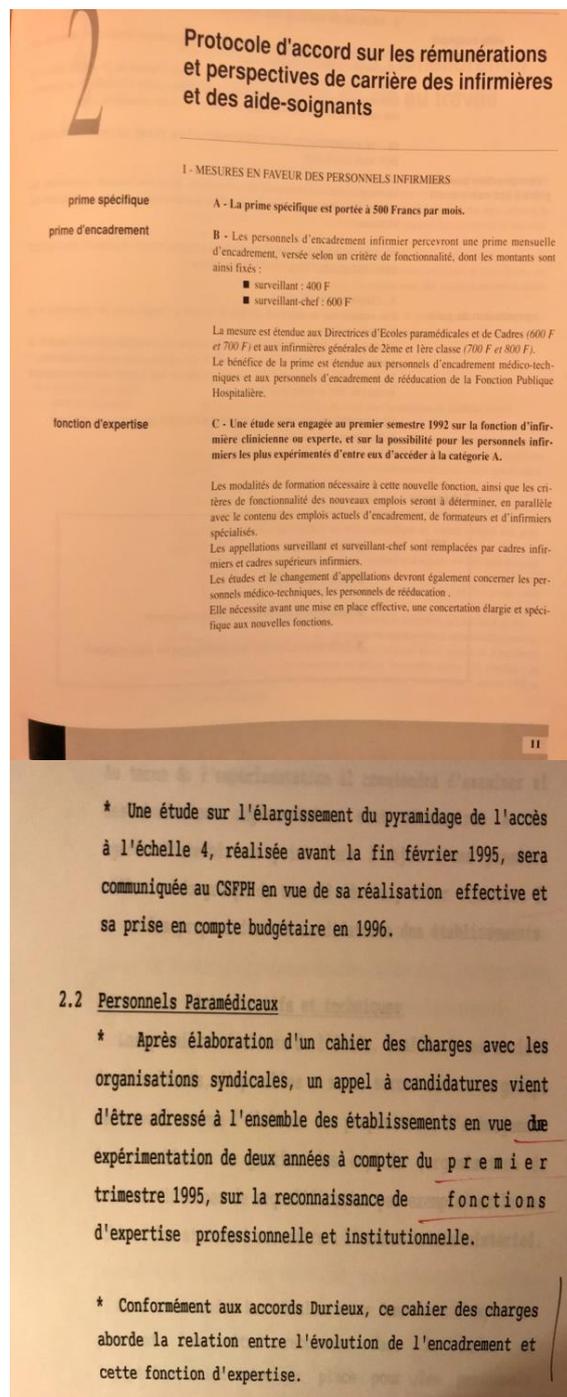


Mais ce sujet de l'expertise ne date pas de cette dernière avancée législative ; elle a notamment été décrite chez les anglo-saxons pour faciliter l'accessibilité de soins dans les zones à faible démographie

médicale. Les mêmes causes ayant les mêmes effets on retrouve cette notion de pratiques avancées « advanced PRACTICE » à l'international dans le rapport de la Chartered Society of Physiothérapie (2009) qui cite Patricia BENNER (1982) : catégorisation de 5 niveaux de compétences (novice, débutant, compétent, performant, expert) qui témoignent chacun d'un processus de maturation et d'acquisitions de connaissances théoriques et cliniques.

Une modélisation que tutoie la taxonomie de la performance (potentiel, aptitude, capacité et compétence/ expertise) qui elle a inspiré les notions de **clinicien** et **expert** inscrites pour la toute première fois en France lors des **accords Durieux 1992** ;

elles ont d'ailleurs fait l'objet d'expérimentations d'**expertise professionnelle** ou **institutionnelle** ouvertes à toutes les professions paramédicales entre 1995 et 2000 : l'expertise étant le fruit « d'une expérience, d'une capacité à expliquer et à exporter » s'inscrivant dans une utilité sociale et une évaluation médico-économique pour le bénéficiaire et la communauté.



Dès 2003 le rapport Berland a mis en avant les protocoles de coopération ; il a alors été possible de façon régionale et limitée pour des professionnels paramédicaux de réaliser, par délégations sous protocole strict, de nouveaux actes jusqu'à lors réservés aux médecins (en France tout acte étant un acte médical délégué).

En ce qui concerne plus particulièrement la kinésithérapie en 2008 la direction générale de l'offre des soins a publié un rapport sur l'évolution des métiers en santé : la monographie qui concernait les **kinésithérapeutes salariés** mettait en évidence que le métier évoluait vers une activité **Pluri Valente**, une activité **Experte** et une activité **d'Evaluation-Orientation**.

Concernant les métiers infirmiers pendant près de 10 ans des expérimentations de formations universitaires basées sur les sciences infirmières et des modèles intervention et d'implantation ont conduit à une diplomation d'infirmier de grade de Master II notamment en parcours complexe de soins. Ce diplôme visait à la fois des connaissances d'organisation et de collaboration et de coordination interprofessionnelle autour de parcours de patients en situation de complexité par exemple pathologies chroniques.

La DGOS en 2018, en application de la Loi Touraine, a créé avec le MESRI des dispositifs de formation et de diplomation d'infirmier en pratique avancée avec un décret actes et un référentiel de formation et d'activité ; initialement avec trois mentions Pathologies rénales, pathologie complexes stabilisées, psychiatrie santé mentale, mais peut-être prochainement la gérontologie, les urgences, voire la douleur et les soins palliatifs aussi réclamés.

Des réflexions et premières propositions sur de potentiels protocoles de coopération ainsi que sur de la pratique avancée chez d'autres auxiliaires médicaux, dont les Kinésithérapeutes, ont progressivement émergé sans réellement aboutir pour de nombreuses causes de rejets administratifs, corporatistes ou d'absence de consensus intra-professionnels.

La récente proposition de loi portant sur la création de profession médicale intermédiaire et **la mission d'étude ministérielle sur la pratique avancée qui en résulte**, mais aussi des projets **d'expérimentations** incitées par des ARS au nom de la territorialisation, par des Instituts de Formation, ou des URPS procèdent de la même dynamique de « l'emplâtre sur une jambe de bois » : attribuer des actes dégradés pour compenser des actes délaissés, quelles qu'en soient les (bonnes ou mauvaises) causes ;
des **expérimentations** auxquelles le MESRI promoteur friand de ces process - particulièrement dilatoires* notre avis - est très attentif (* depuis 1989 avec PCEM et à nouveau pour 6 ans depuis 2020 pour une universitarisation du dispositif de formation !) ;
des **expérimentations** qui démontrent une certaine fébrilité, une agitation brownienne - à partir de visions très disparates entre les professions et au sein des professions paramédicales, mais aussi entre professions médicales et paramédicales - sur les objectifs et voies d'évolutions des professions dans le contexte d'un système de santé très éprouvé depuis plusieurs années et plus encore en ces temps de crise sanitaire exceptionnelle.

Qu'advient-il in fine si - pour et au sein des autres auxiliaires médicaux, médicotechniques et de rééducation - il n'y a pas de consensus préalable autour de la notion même de pratique avancée...ni de domaines d'activités auxquels elle pourrait s'appliquer ?

Dans ce contexte il est important d'éviter les raccourcis d'expression, contre sens, fusions-confusions qui vont bon train et mélangent « diplôme et grade (de master) / accès direct / première intention / premier recours / pratique avancée / protocole de coopération /... ou encore profession médicale **intermédiaire**, profession médicale à **compétence définie** (deux expressions qui légalement, juridiquement, n'existent pas d'ailleurs et selon le CNKS ne méritent surtout pas d'exister !) ».

MK de Pratique Avancée ? utopie ou pragmatisme ? L'affaire de toute la Profession ?

Alors que certaines organisations professionnelles ne semblent pas - jusqu'à preuve du contraire - se mobiliser sur le sujet le CNKS déroule la méthodologie arrêtée par son conseil d'administration de juin 2020 et poursuit sa démarche de consultations.

Après l'enquête express de l'été dernier, la réunion à quatre reprises d'un groupe de travail très ouvert, des auditions de 7 sociétés savantes - groupes d'intérêt et associations adhérentes - de la SFP (Société Française de Physiothérapie) ont eu lieu les 25 novembre et 17 décembre. Une initiative unanimement saluée par chacune de ces structures comme par le Président de la SFP.

Parallèlement le CNKS s'est rapproché des organisations syndicales représentatives des salariés pour évoquer ce sujet et mettre en perspective l'émergence d'une nouvelle fonction comme élément de diversification de carrière, de reconnaissance et valorisation d'engagements professionnels.

La prochaine étape consistera en début d'année 2021 à réalisation de rondes de delphi puis la production d'un rapport/article sous forme IMRAD

Alors que PMI / PA infirmière / ne cessent de progresser et que surgissent des AMI pour les seuls infirmiers, aides-soignants et ergothérapeutes et malgré les points de vue « bloquants » depuis 2016 d'une majorité des organisations professionnelles en Kinésithérapie le CNKS espère qu'un dialogue constructif pourra enfin s'instaurer pour co-construire cette voie de **reconnaissance**, de **valorisation** et de **diversification** de **carrière** attendue ...par les MK salariés à tout le moins.

2021...en sera - ou pas - l'année témoin !?

Parce que
toute initiative locale
a de l'importance,
elle mérite
selon le CNKS
d'être partagée au plan national :

témoignez
dans KINESCOPE
d'une expérience,
de votre quotidien professionnel

échangeons
sur votre sujet :

contact.cnks@gmail.com

Microscope

dossiers au cœur du métier

**Université,
Universitaires,
Universitarisation !**

**Kinésithérapie
& recherche :
dualité ou dualité
pour...quoi ?
& comment ?**

Un sujet qui nécessite d'en faire
un dossier au long cours durant
plusieurs numéros ;

Un sujet qui ne date pas d'hier ;

Un sujet auquel certains anciens
de la profession ont consacré
beaucoup de temps et d'énergie
avec des fortunes diverses avec
des objectifs disparates, des
représentations plus ou moins
diaphanes de ce(s) monde(s) de
la recherche et de l'université ;

Un sujet pour lequel certains plus
jeunes ont développé un
engouement et une énergie qui
bouscule les codes, déplace les

lignes et tend à briser les
plafonds de verre.

Dans ce numéro KINESCOPE
vous propose de poursuivre la
découverte du monde U... et du
monde IRL des chercheurs qu'ils
soient Enseignants-Chercheurs,
Praticiens-Chercheurs
ou Praticiens-Enseignants-
Chercheurs au travers des
retours d'expériences, de
collègues tout aussi
emblématiques que ceux du
précédent numéro :

- ✚ Marc BEAUMONT
pour un retour d'expérience
et
- ✚ Jacques VAILLANT
pour un point de vue.





RETOUR D'EXPERIENCE *Marc BEAUMONT*

La recherche clinique dans le service de kinésithérapie du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix : retour d'expérience, par Marc Beaumont et Loïc Péran.

De prime abord, l'association entre recherche clinique et paramédicaux n'est pas évidente. Mais à y regarder de plus près... pourquoi pas ?

La recherche scientifique désigne l'ensemble des actions entreprises en vue de produire et de développer les connaissances scientifiques [Wikipédia].

Elle est donc indispensable au progrès, et ce, dans tous les domaines. Les pratiques des professionnels paramédicaux se doivent d'évoluer régulièrement afin de délivrer les meilleurs soins possibles à tous nos

patients. Et cela passe obligatoirement par la recherche. Chercher à savoir si mes pratiques sont les plus adaptées, chercher à savoir si le questionnaire ou l'outil employé est le meilleur, le plus fiable ; en fait, chercher à soigner du mieux possible.

Il semble alors logique que certains professionnels paramédicaux s'impliquent dans des actions de recherche clinique (sur le terrain, « au lit du patient ») et même que d'autres puissent réaliser des recherches plus fondamentales (en laboratoire).

En jetant quelques coups d'œil à l'étranger, on s'aperçoit que dans de nombreux pays (et parfois bien moins développés que la France) les paramédicaux participent et réalisent des recherches. En France, la quasi-totalité des formations initiales des professions paramédicales a été ou va être réformée afin de s'inscrire dans un processus « d'universitarisation ». Si cette transition donne lieu à quelques approximations sur le terrain, elle doit aussi

donner la chance aux nouveaux diplômés de s'inscrire plus facilement dans une démarche de recherche via la formation universitaire. Depuis quelques années, des fonds financiers publics sont dédiés à la recherche paramédicale et des projets riches, structurés et bien pensés fleurissent peu à peu en France.

Alors, avec cet éclairage, l'association paramédicaux-recherche ne semble pas si insensée. Tous les paramédicaux ne vont pas devenir des chercheurs, et ceux qui chercheront ne révolutionneront pas le monde scientifique. Mais si la recherche d'un paramédical permet de mieux soigner ne serait-ce qu'un de nos patients, alors ça vaut le coup.

La recherche clinique a démarré dans le service de réhabilitation respiratoire en 2008, au cours d'une formation universitaire en kinésithérapie respiratoire. L'obtention de ce diplôme interuniversitaire nécessitait la réalisation d'un mémoire qui consistait en une étude de recherche clinique.

Cette étude rétrospective (c'est à dire étude de dossiers, méthode de recherche clinique la plus simple mais aussi celle qui a le moins de valeur scientifique) portait sur l'évaluation d'un programme de réhabilitation respiratoire. La démarche de recherche était lancée... Ce travail a permis de faire une évaluation de nos pratiques professionnelles et nous a permis d'évoluer dans nos pratiques. Ainsi, l'année suivante, nous avons réalisé une étude prospective (étude sur des patients volontaires ayant donné leur consentement) sur le même thème, avec les changements que nous avons apportés à notre pratique quotidienne. Entre 2008 et 2011, d'autres études ont été menées en dehors du circuit officiel de la recherche clinique telle qu'on la connaît maintenant au CHPM.

En 2011, un projet de mémoire de Master nécessitait l'appui logistique et méthodologique de l'université. Les connaissances universitaires du Dr Le Ber ont permis de nous mettre

en relation avec le professeur Couturaud et le docteur Mialon pour nous aider dans la mise en place d'un protocole de recherche sur l'entraînement des muscles inspiratoires. Ce travail a été accompli en collaboration avec la délégation de recherche clinique du CHRU de Brest pour le côté administratif et le soutien méthodologique et les statistiques étaient réalisées par le professeur Couturaud. Ce fut le premier projet exécuté dans son intégralité en partenariat avec le CHRU de Brest. Simultanément, nous avons répondu à un appel d'offre de projet hospitalier de recherche infirmier et paramédical. Ce projet nécessitait qu'il soit promu par une délégation de recherche clinique : nous contactons Monsieur Breban, Directeur, pour lui faire part de notre projet et il se met aussitôt en relation avec le CHRU pour signer une convention. Le projet est retenu par le ministère de la santé. C'est à cette période que le CHPM se lance officiellement dans la recherche clinique en partenariat avec le CHRU de Brest en créant un Comité de recherche

clinique et de l'innovation (CORECI). Nous avons cette fois-ci l'aide précieuse d'une technicienne de recherche clinique qui réalise les tests, met à jour les cahiers d'observation où sont recueillies toutes les données des différents tests, gère les événements indésirables qui surviennent, assure la coordination lors des visites de l'attachée de recherche clinique qui contrôle l'étude, bref gère le déroulement pratique de l'étude en collaboration avec les kinésithérapeutes et les médecins à l'initiative de l'étude.

En 2013, nouvel appel à candidature pour la recherche paramédicale : nous proposons 2 projets. Hélas aucun n'est retenu. Cependant, le projet sur l'entraînement des muscles inspiratoires étant le sujet de thèse de sciences d'un des kinésithérapeutes, il est financé par le GETBO, laboratoire de recherche du CHU de Brest, coordonné par le professeur Mottier et auquel est rattaché le professeur Couturaud, et a été réalisé en 2014.

Depuis cette date, de nombreux projets de recherche ont pu voir le jour

avec plusieurs publications dans des revues scientifiques et communications des résultats lors de congrès professionnels.

La démarche de recherche part d'une question, une problématique rencontrée dans notre pratique quotidienne. Ensuite, il faut savoir si cette problématique est documentée dans la littérature. Parfois, des études ont déjà été effectuées et la lecture d'articles permet de régler la problématique, mais d'autres fois, la littérature est pauvre et c'est là que la recherche clinique a toute son importance : il est nécessaire de faire une étude pour essayer de résoudre notre problématique de manière scientifique. La recherche clinique doit toujours être au service du patient : l'objectif de la recherche clinique doit toujours viser à améliorer les soins que l'on peut apporter au patient.

Actuellement, certains étudiants en kinésithérapie ont la possibilité de réaliser des mémoires de recherche, avec un encadrement méthodologique

indispensable pour la bonne réalisation du projet et de leur mémoire. Les projets menés dans le service permettent aux étudiants de prendre un premier contact avec la recherche sur le terrain. Certains parmi eux peuvent également participer à des études de recherche issus de projets déjà initiés.

La recherche clinique a d'autres avantages : dans une équipe de kinésithérapie, tout en assurant une forme de « formation continue » nécessaire à la dynamique de l'équipe, la recherche clinique nous a aussi permis de diversifier nos profils de poste en enseignant dans les IFMK régionaux et en participant à l'animation de formations. La recherche clinique nous permet aussi d'acquérir et de renouveler une partie du matériel nécessaire à la prise en soin des patients, tant sur le plan de l'évaluation que du traitement. Cependant, tout n'est pas parfait car la démarche nécessite une démarche personnelle, avec un investissement personnel important car à l'heure actuelle la recherche clinique paramédicale est

rarement reconnue par les instances.

La recherche a beaucoup et rapidement évolué au sein du service de réhabilitation, en démystifiant l'idée qu'on peut voir de la recherche car c'est abordable pour tout professionnel de santé, la curiosité et la remise en question de sa pratique étant deux principes essentiels pour débiter. Elle s'est affinée, professionnalisée grâce aux formations, à la collaboration avec des équipes expérimentées en recherche clinique, à l'appui et le soutien des médecins du service et du cadre de santé kinésithérapeute. Cette évolution est indispensable pour réaliser des études de qualité et permettre la reconnaissance que la recherche clinique mérite...



POINT DE VUE JACQUES VAILLANT

Pourquoi est-il urgent de repenser l'exercice du métier de kinésithérapeute en CHU et plus largement au sein des structures de santé publiques ?

Réflexions à voix haute. Réfléchir à l'organisation de la kinésithérapie de demain en établissement hospitalo-universitaire nous invite à regarder en arrière pour voir l'évolution au cours de ces soixante-quinze dernières années, c'est-à-dire depuis la création de la profession.

1986 : Diplôme d'Etat, école de kinésithérapie de l'AP-HP

1993 : Certificat cadre, IFCS de la Croix-Rouge française, Paris

1999 : DESS spécialité Management des politiques sociales

2004 : Doctorat « sport, santé, société », Université de Grenoble

2017 : Habilitation à Diriger des Recherches, Université Paris-Saclay

L'intégration des «autres», une histoire en deux temps qui se répète

L'évolution du niveau de formation initiale à hauteur du master (niveau 1 au Registre National des Certifications Professionnelles), les parcours universitaires de doctoraux empruntés par un nombre croissant de kinésithérapeutes, et le changement de définition légale de la profession devraient concourir à reconsidérer le positionnement historique des kinésithérapeutes.

1.1. La réforme hospitalière de 1958 et la création du diplôme de moniteur cadre

Si la profession s'est officiellement structurée avec la création du diplôme d'Etat en avril 1946, force est de constater qu'initialement la formation était largement assurée par des médecins et les écoles de kinésithérapie également dirigée par cette profession.

Prescrite qualitativement (jusqu'aux techniques à employer) et quantitativement, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui,

la pratique de la kinésithérapie reste une médicale déléguée à un tiers. Il s'agit bien en effet aujourd'hui d'actes médicaux dont la définition est définie par l'académie de médecine. Le classement à cette époque des masseurs-kinésithérapeutes comme auxiliaires médicaux est alors parfaitement logique.

Au surplus, les techniques employées par les kinésithérapeutes, par exemple, massage, mobilisation ou exercices gymniques avaient été élaborées et étaient également encore réalisables par les médecins.

Le développement de la médecine hospitalière suivant la réforme des CHU en 1958 a probablement eu également un impact positif indirect sur la structuration et la maturation de la kinésithérapie.

En effet, la réforme de 1958 a largement contribué au développement des spécialités médicales et à la structuration de la formation médicale hospitalo-universitaire. La troisième ordonnance constituant cette réforme publiée le 30 décembre 1958 a défini le

statut et les missions des personnels médicaux tels qu'on les connaît encore aujourd'hui. Elle a également conduit au « mariage » des hôpitaux à vocation régionale avec les universités.

La réforme impose le temps plein aux médecins des CHRU en les obligeant, en contrepartie, à consacrer la totalité de leur temps aux soins, à l'enseignement et à la recherche. L'ordonnance du 30 décembre dans son Article 1 précise « Les membres du personnel médical et scientifique des centres créés à l'article 1er exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière.

L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun. [...] Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle [...].

Comme le précise Schweyer, « Les réformes n'ont pas été faites avec le soutien de la profession médicale mais contre elle, du moins contre son establishment. » Elles ont eu un effet majeur sur l'évolution de la formation.

Côté auxiliaires médicaux, c'est quelques années avant, en 1951 la Croix-Rouge française met en place une expérience pilote en accord avec les pouvoirs publics où deux programmes d'études (un centré sur l'administratif et l'autre sur la pédagogie. En 1958, le Ministère de la Santé Publique et de la Population crée le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice¹. La profession de masseur-kinésithérapeute bénéficie, près de dix ans plus tard, par le décret du 25 juillet 1967 complété par l'Arrêté du 30 mai 1968 de la création du certificat de Moniteur, puis Moniteur-Cadre en Masso-kinésithérapie (1973).

La vocation de la formation conduisant à ce certificat était de former des kinésithérapeutes à des connaissances accrues sur les champs de la kinésithérapie et leur enseignement ainsi que des compétences de gestion et management. Jusqu'en 1995 cette formation, transformée en diplôme de

¹ Catanas M. Evolution socio historique de la fonction cadre de santé, cadre de santé.com, 2007 (consulté le 12 décembre 2020)

cadre de santé, était au-delà du DE et hors reprise d'études universitaires dans des domaines connexes (avec une procédure de validation des acquis souvent peu simple), la seule prolongation possible d'études pour les kinésithérapeutes.

La transformation, à cette date, du certificat de moniteur-cadre en masso-kinésithérapie en diplôme de cadre de santé a eu deux corollaires. Le premier corollaire marque que la spécificité professionnelle avec son caractère approfondissement de la formation initiale du diplôme cadre a été supprimée ce qui a retiré la seule possibilité de poursuite d'étude dans le domaine de la kinésithérapie. Le second corollaire est que ce changement a été l'occasion pour beaucoup d'école de cadres (devenues Instituts de formation de Cadres de Santé) d'établir les premiers partenariats officiels avec des universités permettant la délivrance conjointe de licences (le plus souvent) de Sciences de l'Education ou de sciences sanitaires et sociales.

Nous y reviendrons plus loin, cela explique grandement les premières orientations universitaires de kinésithérapeutes (mais aussi des autres auxiliaires médicaux) vers des masters et pour quelques-uns de Sciences de l'éducation.

1.2. La réforme hospitalière de 1970 et la création du grade d'infirmière générale

La Loi du 31 décembre 1970 qui crée le service public hospitalier a été un élément structurant et fondateur du système de santé français, car elle acte et définit la participation établissements de santé publics mais aussi privés au service public, consacre l'organisation interne des hôpitaux avec un organe délibérant (conseil d'administration) et une compétence assez conséquente donnée au directeur, amorce la rationalisation du système hospitalier avec la création de la carte sanitaire (carte de la France recensant les besoins de la population). Cette nouvelle structuration du système hospitalier s'accompagne d'une nouvelle organisation hiérarchique avec la création du corps des directeurs

d'hôpitaux, qui n'étaient jusqu'alors que des techniciens (pas encore hauts-fonctionnaires) chargés d'appliquer les décisions des conseils d'administration présidé par le Maire. Deux pouvoirs se côtoient à l'hôpital, le pouvoir médical (avec des chefs de service nommés par le ministre chargé de la santé) et le pouvoir administratif avec des équipes de direction dont le cadre d'exercice s'est profondément modifié sous l'effet du développement des outils de régulation et des politiques de santé publique.

Est-ce vraiment un hasard que quelques années plus tard, la profession d'infirmier qui fournit le plus gros contingent de personnel à l'hôpital bénéficie de la création du grade d'infirmière générale (1975). Devenu Directeur des Soins Infirmiers en 1991 c'est plus d'un quart de siècle plus tard, que ce grade deviendra par le décret no 2002-550 du 19 avril 2002 le corps des Directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ouvert à tous les paramédicaux. Rattaché à l'équipe de direction et membre invité de la Commission médicale

d'Etablissement. Ces différentes évolutions, si elles contribuent à créer une hiérarchie, mettent totalement de côté le développement et la production de savoir propres aux professions paramédicales.

Réflexion vers un nouveau modèle de développement pour la kinésithérapie

Dans tous les moments précédemment décrits qui ont conduit à ouvrir de nouvelles perspectives de carrières pour les individus ou à modifier la place de la kinésithérapie au sein des structures hospitalières, le changement s'est construit à partir de la profession infirmière pour s'étendre aux autres auxiliaires médicaux. Concernant la recherche, la création d'un Programme Hospitalier de Recherche à destination des paramédicaux a suivi le même schéma en deux temps. En 2009, le Programme Hospitalier de Recherche Infirmier est lancé, avec un premier appel à projet. Depuis, il est devenu en 2011 le Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et

Paramédical. Mais cette ouverture au financement de la recherche, a été utilisée différemment selon les professions. Si les projets portés par des infirmiers portaient sur des validations de protocoles de soins ou l'exploration de techniques psycho-corporelles (méditation, relaxation, toucher), les projets portés par les rééducateurs ont plutôt concerné l'évaluation de méthodes ou l'emploi de nouvelles technologies.

2.1 Modèle infirmier, modèle médical ou troisième voie ?

Ce constat pose la question de la pertinence d'utiliser pour **tous** les auxiliaires médicaux, un modèle pensé et construit pour les infirmiers et de simplement l'étendre dans un deuxième temps à toutes les professions. La seconde question : existerait-il d'autres modèles de structuration de la profession notamment au sein de l'hôpital qui pourrait répondre (1) aux besoins de soins (qui reste la mission première des hôpitaux et la raison première de l'existence sociale de chacune des professions de santé), mais également (2)

de recherche (production de savoir pour améliorer la qualité des soins et la compréhension de la santé) et (3) de formation (production de compétences) ? A noter que cette présentation du problème est délibérément fondé sur la production... ce qui est une vision simplifiée (voire simpliste) de justification de la construction sociale...

Un élément de réponse réside dans le choix de discipline support pour les doctorats d'université. La première centaine de kinésithérapeutes ayant poursuivi leurs études jusqu'au doctorat a très majoritairement choisi une discipline universitaire autour des sciences du mouvement. Hormis les premières thèses réalisées autour des sciences de l'éducation (section 70) et plus largement autour des sciences humaines et sociales (sections 12, 19, 72), rares, sont celles et ceux qui s'engagent aujourd'hui dans cette voie. Avant la création de la section 91 (sciences de la rééducation et de la réadaptation), les sections auxquelles pouvaient se rattacher les thèses étaient

les sections 66 (physiologie), 69 (Neurosciences), 74 (sciences et Techniques de Activités Physiques et Sportives).

Ce constat laisse à penser que : (1) la kinésithérapie serait une pratique sociale pouvant être définie comme une entité particulière au sens qu'elle embrasse des dimensions de santé physique mais aussi sociale, sous l'angle du mouvement. En 1975, Helen J Hislop définissait l'objet de la kinésithérapie comme étant les troubles du geste et du mouvement conséquents potentiels ou avérés de la maladie. Les dimensions visées allant de la cellule à l'individu dans son rôle social. Ainsi, pour illustrer le propos, l'action de la kinésithérapie auprès d'une personne âgée peut s'établir de la cellule (musculaire, par exemple) à la capacité de la personne à rester autonome chez elle (par une gestion de ces transferts et de sa locomotion et un aménagement adéquat de son domicile, par exemple). (2) La kinésithérapie trouve son fondement dans la clinique (au sens large, pas nécessairement seulement au lit du patient) et à partir

de savoir médicaux, de savoirs psycho-sociaux et de savoirs propres.

Ces éléments orientent les réflexions sur l'objet (ultime) de la recherche, sur l'encrage clinique indispensable pour le kinésithérapeute qui assume une fonction d'enseignant ou de manager et amène à considérer le modèle médical comme potentiellement éclairant.

Comme nous l'avons vu plus haut, la réforme hospitalière de 1958 a défini le triptyque : soins, enseignement et recherche. Les limites en sont connues... (les journées ne faisant que 24h...) mais le modèle est une base de réflexion intéressante. Si les PU-PH de CHU (et leurs équipes !) décrivent les difficultés à assumer toutes ces fonctions auxquels s'ajoutent les fonctions managériales (!), a contrario quand un des pieds du triptyque est trop longtemps délaissé, l'appauvrissement est également décrié.

2.2 Un triptyque ?

Si considérer que le triptyque doit être réalisé de façon hebdomadaire revient à imposer « les travaux

d'Hercule », le réfléchir sur quelques années de carrière en ne retenant qu'un diptyque hebdomadaire pourrait être une piste de réflexion. Ainsi, les kinésithérapeutes salariés seraient selon les moments : praticien-chercheur, praticien-enseignant, enseignant-chercheur.

L'enrichissement mutuel des missions est intéressant. Les questionnements issus de la pratique clinique poussent à la recherche. La recherche et la clinique nourrissent l'enseignement. L'enseignement aide à modéliser et conceptualiser les pratiques. Il s'agit de cercles vertueux.

Ce modèle très proche du modèle médical hospitalier, pourrait également autoriser pour une part des professionnels la possibilité de se concentrer sur les activités de soin/thérapeutique et la formation clinique de terrain. Le plus regrettable aujourd'hui pour les kinésithérapeutes, c'est que les statuts ne valorisent pas cette mobilité de mission et mobilité de carrière.

En effet, force est de constater qu'aujourd'hui, les statuts de la fonction

publique hospitalière engendrent beaucoup d'insatisfaction des kinésithérapeutes ayant fait la démarche de poursuivre les études jusqu'à un doctorat (environ 150 à 200) ou une HDR (probablement 12-15 personnes). Si quelques kinésithérapeutes ont obtenu des missions d'ingénieur de recherche, de chef de projet de recherche ou directrice adjointe d'unité de Recherche, leurs statuts, pouvant pour certains continuer partiellement un exercice clinique, leur statut reste celui de kinésithérapeute de la fonction publique hospitalière. Si les trentenaires patientent en espérant une évolution profonde des statuts, à l'autre bout de la carrière, les docteurs kinésithérapeutes quinquas qui n'ont pas un statut universitaire... exercent pour une grande partie... en libéral, dans des structures privées ou ont émigré...

Pourtant, les CHU qui ont la mission de soin et de recherche devraient - dans l'idéal - être le lieu privilégié de production de savoirs cliniques et fondamentaux.

Praticoscope

expérientiels au cœur du métier

L'accompagnement des étudiants kinésithérapeutes

L'ECRITURE, LE REFLET DE NOTRE PENSEE DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Marie-Claire SINTES,
Cadre de Santé MK,
Formatrice IFMK de Toulouse

Résumé :

Une première expérience de mise en place d'un atelier d'écriture a été proposée à l'IFMK de Toulouse à partir d'un groupe d'étudiants volontaires de première année d'études reconnaissant rencontrer des difficultés avec l'écriture. Le but étant de faciliter à long termes la nécessaire rédaction des divers travaux écrits requis pendant leur cursus de formation.

Le formateur animant plusieurs ateliers a posé comme postulat une alliance de confidentialité et de respect observés lors des séquences. Au travers d'un travail d'introspection et réflexif, l'écriture est devenue plus fluide chez tout un chacun.

La dynamique impulsée aux participants a engendré une richesse dans les confrontations et une aisance dans l'explicitation de leurs productions aboutissant au déblocage de l'écriture.

Le projet de monter un atelier d'écriture au sein d'un Institut de Formation en Santé en l'occurrence un Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) est parti du constat que de nombreux étudiants sont en difficultés sur la rédaction des diverses productions écrites qui leur sont demandées pendant leur cursus (données probantes et aussi rapports d'expériences de terrain de formation).

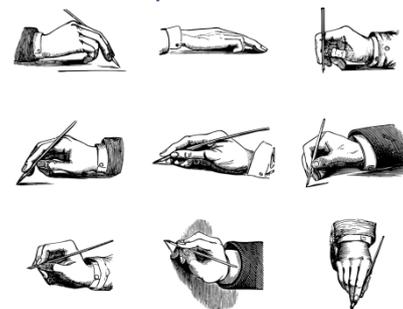
Le proposer aux étudiants de 1^{ère} année, en tout début de cursus des études professionnalisantes en Santé, a été une gageure car basée sur le volontariat pour constituer un groupe de 12 participants au maximum.

Avec la réingénierie des études et au travers des commandes des différentes UE, pour toutes les promotions d'étudiants, les travaux écrits deviennent de plus en plus prégnants : Evaluations écrites, Rapports de stage, APP, Travaux de restitution de groupe, Mémoire, Cas cliniques évolutifs etc....

De ce fait, l'étudiant éprouve souvent des difficultés à : organiser les idées de son propos et à établir un plan

de rédaction correct comme par exemple ; lors de la rédaction de ses réponses dans ses copies d'examen.

Un challenge se présente ainsi aux étudiants ; d'une part l'universitarisation des études qui engage en parallèle une démarche de qualité rigoureuse pour répondre aux exigences du référentiel de formation des études depuis 2015.



D'autre part, les pratiques professionnelles requièrent une traçabilité des soins minutieuse, certes sous une forme de plus en plus informatisée, mais la plupart des communications interprofessionnelles restent souvent écrites d'où la nécessité d'apprendre à bien ordonner ses idées.

Cet atelier a d'emblée posé comme postulat : la bienveillance envers chacun, le respect des productions écrites et surtout la confidentialité des échanges ce qui a permis de rapidement créer un climat

de confiance propice à l'expression de chacun.

Puis le choix s'est porté sur quelles modalités de facilitation utiliser avec les étudiants? Lesquelles allaient permettre de faciliter le rapport à l'écriture, comment débloquent une envie d'écrire et comment aider le passage de ses idées à l'écrit? Plusieurs modalités ont alors été choisies comme travailler à partir : d'une image symbolique, de plusieurs photos sur une thématique, d'un mot emblématique, d'une phrase à compléter, de l'extrait d'un texte, d'une lecture orale ; élaborées en plusieurs séquences de progression et variées dans les modalités de restitution et de commentaire. Toutes ont eu pour but d'apprendre à rédiger de façon claire et pertinente ses idées, pour parvenir à mettre en forme ses réflexions, pour choisir ses mots puis surtout soigner le fond et la forme de son expression écrite. Tous les participants ont joué le jeu car il n'y a jamais eu de jugement sur la restitution de chacun et après chaque écrit, un temps de régulation d'abord sur le fond puis sur la réflexion a été proposé par

l'animatrice. Cet explicatif a aussi facilité chez l'étudiant l'introspection et la réflexivité pour comprendre le sens de son raisonnement et pour gérer la part émotionnelle de chacun. A chaque fois, ont été favorisés la compréhension de la construction de son raisonnement personnel et du choix de la mise en mot de ses idées.



La réflexivité telle que décrite par Schön (1994) prend ici tout son sens puisque chaque participant a pu l'expérimenter au travers de l'analyse de ses processus de fonctionnement et de raisonnement, du choix précis de la terminologie et de l'agencement exact de son écriture. Chaque situation suggérée par l'atelier a permis à l'étudiant d'identifier l'ensemble des savoirs mis en jeu pour comprendre son processus d'action. Savoirs tacites ou savoirs cachés, ils ont contribué à la structuration sémantique des participants. Ils ont ainsi pu porter un regard plus critique mais pas

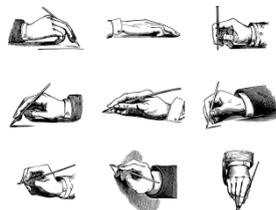
sévère sur leurs productions pour ensuite aller encore plus avant dans leur désir de progresser dans l'écriture. Ce cadre a plaidé en faveur d'une articulation entre les pensées et leur traduction en mots pertinents.

C'est aussi la question de la professionnalisation telle qu'elle a été décrite par Wittorski (2007) qui est abordée par les enjeux que suscite l'écriture dans l'apprentissage d'une profession. L'écriture permet la socialisation qui engendre le développement personnel et de fait le développement professionnel. La notion de compétences professionnelles s'exprime aussi par l'écrit lors des différentes interactions pluriprofessionnelles. Ecrire ses transmissions de soins c'est aussi poser son identité professionnelle en marquant son territoire d'actions. C'est ainsi que l'on peut aussi être reconnu par l'écriture dans ses savoirs et éclairer de fait ses actions de soins.

A la fin du cycle, une analyse des séquences a été réalisée par les participants qui ont tous constaté que la peur d'écrire n'existait plus pour eux. Leur

satisfaction d'avoir réussi à libérer l'écriture a été notre plus grande récompense. Leur progression n'a pas été que suggestive, elle a été constatée aussi au fil des séquences par une participation plus aisée et une fluidité dans l'expression. L'importance de n'accorder aucun niveau d'évaluation pendant ces ateliers les a sécurisés dans leur liberté d'expression et le fait de livrer une part de soi dans les exercices. La posture du formateur est d'importance dans l'alliance avec les participants. Elle est juste facilitatrice mais présente aussi pour rappeler des règles grammaticales et pour aider à la compréhension du processus individuel du raisonnement et à l'analyse des difficultés primaires à surpasser.

Cette expérimentation a laissé la place à l'erreur mais a dédramatisé le niveau émotionnel par le caractère non sanctionnant de chacune des séquences et le maintien de la bienveillance.



En conclusion
La gageure de l'animateur des ateliers est d'envisager la singularité de chacun comme une force de proposition d'idées et de faire naître de la cohérence entre pensées et leur transcription écrite. Mais c'est aussi l'ouverture à la réflexion propre de chacun qui s'est éveillée grâce à la démarche d'introspection. L'unité et la cohérence du groupe a favorisé la confiance et a permis à chacun de se livrer devant l'autre pour penser autrement son rapport à l'écrit.

Expérience des plus positives et pratico-pratique, elle a aussi été riche pour l'animateur. Celui-ci n'a de cesse de rechercher des abords divers et variés pour faire naître le sentiment que l'écrit n'est pas une montagne insurmontable. Il démontre aussi une compréhension de comment se forme la pensée antérieure à l'écrit.

Cet atelier, source d'apprentissage, est aussi une découverte du plaisir d'écrire et de la magie des mots. Plus tard, l'écriture pourrait aussi devenir pour certains soignants une

forme d'évasion pour extérioriser un vécu quotidien dans les soins parfois lourd de sens.

BIBLIOGRAPHIE

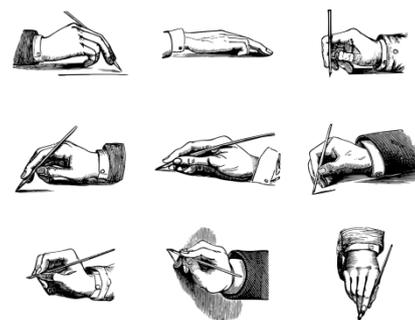
ALTET, M., *Les compétences de l'enseignant professionnel. Entre savoirs, schèmes d'action et adaptation : le savoir-analyser*, in Paquay, L., Altet, M., Charlier, E. et Perrenoud, Ph., *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?*, Bruxelles, De Boeck, 1996.

PERRENOUD, Ph., *D'une métaphore l'autre : transférer ou mobiliser ses connaissances ?*, in Dolz, J. et Ollagnier, E. (dir.) *L'énigme de la compétence en éducation*, Bruxelles, De Boeck, 2000, Coll. Raisons Éducatives.

SCHÖN, D. A., *Le praticien réflexif*. Montréal, Editions Logiques, 1994.

TARDIF, M., *Le virage réflexif en éducation*. Bruxelles, De Boeck, 2012.

WITTORSKI, R., *Professionalisation et développement professionnel*. Paris, L'Harmattan, 2007.



Baroscope

ENQUETE EXPRESS POST COVID19 SANTÉ & QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL menée du 14/10/2020 au 15/11/ 2020

Elle a servi
d'illustration lors de la
SKTS le 17 novembre
dernier « QVT... Burn
out & Stress Post
Traumatique ».

L'objectif de cette
enquête express en
ligne de 16 questions
auprès de divers
rééducateurs était de
recueillir le ressenti
des professionnels
suite à la première
vague épidémique.
Prévue au début de
l'été son lancement en
octobre cette enquête
s'est télescopée avec
le développement de
la deuxième vague.

KINESCOPE vous en
dévoile ici quelques
résultats tirés des 82
répondants.

Aux questions 1, 2 & 3
se sont déclarés « assez
satisfaits, satisfaits, tout à
fait satisfaits » relativement à

- la manière dont le travail
s'est organisé dans
l'établissement :
57,31%
- la possibilité d'adapter
l'organisation des
journées pour travailler
efficacement
64.2%
- la réalisation d'un travail
qui avait du sens
74,39%

Aux questions 5 & 6 se sont
déclarés « assez d'accord,
d'accord ou tout à fait
d'accord » relativement à

- la possibilité d'échanges
sur les craintes,
inquiétudes et
préoccupations avec ses
collègues :
87,34%
- la possibilité d'échanges
sur les craintes,
inquiétudes et
préoccupations avec ses
responsables :
60,76%

A la question 9
« vous semble-t-il utile de
prévoir de nouveaux modes
d'organisation ? » :

77,03% s'y sont
déclarés favorables.

...**L'intégralité des
résultats** à retrouver
et à consulter dès à présent
sur ---> www.cnks.org

& à suivre aussi

dans **KINESCOPE n°9**
à paraître en janvier 2021

un article en écho à la
présentation d'Annie
DEBARD, docteure en
psychologie du travail
« Des risques
psychosociaux à la
qualité de vie du travail ;
Quels points de vigilance
dans une période de
crise sanitaire ? » ;

Présentation et
enregistrement audiovisuel
de la SKTS du 17 novembre
seront concomitamment mis
en ligne sur www.cnks.org



APPEL A PARTICIPATION

Mise en place en janvier 2021 :

**enquête et groupe de travail (GT)
sur « l'organisation du travail ... &
utilité sociale ... en rééducation –
réadaptation ».**

- tirer les conclusions * des résultats de l'enquête
- auditionner plus avant des retours d'expériences innovants ...
- faire des propositions * d'amélioration, de rénovation

() qui feront l'objet d'une présentation lors des JNKS REIMS2021.*

Vous souhaitez témoigner d'innovations expérimentées dans votre service, ou votre établissement ?

ou vous souhaitez devenir membre de ce Groupe de Travail ?

- **Adressez un mail de candidature**
à **contact.cnks@gmail.com**

avec vos coordonnées téléphoniques

SAVE THE DATE

S . T . K . S

soirée thématique kinésithérapie salariée
en visio-conférence

Jeudi 18 mars 2021 de 18 h à 20 h

«Télé ... * »

**(*) Dans la continuité des études du CNKS sur
Evolutions des Pratiques & des Praticiens
organisation du travail, évaluation médico-économique & utilité sociale
... en rééducation – réadaptation**

Macroscopie

Stratégie Nationale de Réadaptation & Professions Alliées

Relayant l'idée prônée par le CNKS d'une convergence de l'ensemble des professions de rééducation pour la mise en place d'une réelle Stratégie Nationale de la Réadaptation et des Professions Alliées KINESCOPE poursuit la présentation de cadres de rééducation issus - grâce au diplôme de cadre de santé instauré en 1995 sous la très forte impulsion du CNKS et de l'UIPARM - accessible à toutes les professions paramédicales - d'autres professions que celle de Kinésithérapeute ; le CNKS prônant, en matière d'encadrement des équipes de rééducation, pour garantir une meilleure appréhension et une facilité de pilotage des pratiques et stratégies de rééducateurs.

Après Jennifer Come, cadre de santé podologue et Julia Prieur cadre de santé ergothérapeute, dans Kinescope n° c'est aujourd'hui autour de Gwendoline Gand, cadre de santé psychomotricienne et Laurence Bellon cadre de santé orthophoniste de confier à cette édition de KINESCOPE leurs parcours.

Gwendoline GAND

Cadre de santé, psychomotricienne
Service Rééducation CH Annecy

Diplômée de psychomotricité en 2007, j'ai exercé jusqu'en 2012 dans des structures médico-sociales privées. J'y ai développé des compétences cliniques dans les domaines de la pédopsychiatrie et de la gérontopsychiatrie.

Parallèlement à mon travail de psychomotricienne, je me suis investie dans les projets institutionnels en participant activement à des missions de gestion de qualité des soins et dans des actions de formation auprès des professionnels.

A l'époque j'étais jeune, en âge et professionnellement ! Autant dire que je n'étais pas à l'aise avec l'idée d'être en position d'apprendre quoique ce soit à mes collègues qui avaient pour certains jusqu'à 20 ans d'ancienneté (auxiliaires de vie, aides-soignants, infirmiers). Il ne s'agissait donc aucunement de débarquer avec des contenus de connaissances et de savoirs théoriques. Mes connaissances sur les techniques d'entretiens notamment, ont permis le recueil des attentes des soignants en formation et la fluidité des échanges.

Les retours d'expériences des uns et des autres sont devenus le socle d'une réflexion commune et d'un contexte pédagogique basé sur la qualité d'écoute.

C'est avec cette volonté de partage de perspectives que j'ai eu envie de faire partie de ceux qui tentent de « mettre de l'huile dans les rouages » institutionnels en créant du lien entre les différents acteurs. Et je décidais de tenter l'aventure : devenir cadre de santé.

Le Centre Hospitalier d'Annecy offrait justement un poste de cadre en pédopsychiatrie. Malgré mon absence de formation en management, j'espérais que « parler le même langage que les professionnels » et connaître le milieu et les pathologies des patients faciliterait mon intégration. Mes connaissances cliniques dans le domaine m'ont permis de comprendre rapidement les problématiques que rencontraient les équipes en y apportant des réponses en phase avec leur conception du soin. C'est une des questions qui se pose souvent pour les cadres apprenants. Doit-on être expert clinique pour manager au mieux une équipe ? Avec le recul, je pense que c'est l'équipe qui était rassurée d'avoir quelqu'un qui pourrait les comprendre et qui connaissait leur travail. C'est un peu comme si j'étais arrivée avec un gage de confiance. Dans les faits, j'ai dû faire ce que n'importe quel cadre doit faire : tendre vers une conception optimum du soin tout en répondant aux exigences institutionnelles. Le management, c'est aussi et surtout la culture du compromis, le recherche du juste milieu en absorbant sans cesse les multiples déséquilibres.

Après mon année d'école à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du Vinatier en 2014-2015, j'ai passé une année en tant que cadre de rééducation à l'hôpital Henry

Gabrielle des Hospices Civils de Lyon, établissement reconnu et spécialisé dans la médecine physique et de réadaptation. Je travaillais en binôme avec une collègue qui était cadre masseur-kinésithérapeute sur le site depuis 5 ans. Elle avait elle-même été masseur-kinésithérapeute dans cet établissement pendant 26 ans. Autant dire qu'elle connaissait bien la maison.

Elle a été un appui incontestable dans cette prise de poste auprès d'une équipe à la pointe de domaines dans lesquels je n'avais, cette fois, aucune expérience clinique (affections neurologiques, blessures médullaires, traumatismes crâniens, suivis post-AVC, pathologies tumorales et dégénératives et rééducation neuro-périnéale). Elle était une mine d'or d'informations, une personne ressource à portée de main qui m'a sans aucun doute épargné bien du temps passé à devoir apprivoiser les fonctionnements, les tenants et aboutissants institutionnels comme c'est le cas lors d'une prise de poste en solo.

« S'intéresser aux différentes professions des équipes pluridisciplinaires est inhérente à la fonction de cadre, quel que soit sa formation initiale ».

Nous encadrions donc 28 masseur-kinésithérapeutes, 15 ergothérapeutes, 6 orthophonistes, 4 moniteurs en activité physique adaptée, 3 psychomotriciens, 1 orthoptiste. Je découvrais une équipe à l'organisation bien rôdée, dynamique et investie dans les prises en charge des patients et les programmes de soins. Dans

les décisions que nous prenions avec ma collègue cadre, elle avait le regard de l'expert, j'avais celui de « l'ingénue ». De fait, j'abordais les situations avec neutralité et surtout j'interrogeais les pratiques ce qui donnait lieu à des échanges formels et informels très riches. S'intéresser aux différentes professions des équipes pluridisciplinaires est inhérente à la fonction de cadre, quel que soit sa formation initiale.



Depuis 2018, je suis cadre de rééducation, toujours à l'hôpital d'Annecy, devenu le CHAnGe (Centre Hospitalier Annecy Genevois) en 2014 dans le cadre de la fusion avec

l'hôpital de Saint-Julien Genevois.

La rééducation au CHAnGe est un service « multi sites », « multi métiers » et « multi spécialités ». Sous la responsabilité d'un médecin chef de service, de spécialité médecine physique et réadaptation, et d'un cadre de santé, la rééducation compte près de 90 professionnels dont 80 rééducateurs pour 9 corps de métiers différents auxquels s'ajoutent un coordinateur kinésithérapeute sur le site le plus éloigné, deux secrétaires et un brancardier. Ce sont les masseur-kinésithérapeutes qui sont les plus nombreux. Ils représentent 47% des rééducateurs (soit 38 personnes). Les ergothérapeutes sont au nombre de 15. Il y a également 8 psychomotriciennes, 7 enseignants en activité physique adaptée, 6 orthophonistes, 3 orthoptistes, 2 podologues, 1 optométriste et 1 agent d'aide à l'autonomie.

Les rééducateurs sont répartis sur 8 sites géographiques dans un rayon de 40 km. Ils interviennent sur les différentes structures de soins pour l'ensemble des pôles et des spécialités médicales. L'équipe du site de Saint-Julien travaille dans des services de médecine, de chirurgie et de gériatrie ; en hospitalisation complète, en hôpitaux de jour et en soins de suite et de réadaptation (cardiologie, pneumologie). Les sites extérieurs concernent d'une part la santé mentale où interviennent masseur-kinésithérapeute, ergothérapeutes et psychomotriciennes dans les différentes structures d'accueil (hospitalisation complète, hôpitaux de jour et centre de consultations) qui se trouvent à Epagny Metz-Tessy, Annecy, Rumilly et Seynod. Par ailleurs, une dizaine de rééducateurs travaille en gériatrie, en Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et à l'Espace Santé Innovation du Semnoz (ESIS) à Seynod, proposant un large champ de compétences (masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophoniste, podologue, psychomotricienne, agent d'aide à l'autonomie). Sur le site d'Annecy les rééducateurs sont regroupés par spécialités afin d'obtenir des pôles de compétences principalement : neuromoteur, locomoteur, thoracique et gériatrie.

A mon arrivée, j'ai été « doublée » par la personne faisant fonction de cadre de santé qui était à l'origine masseur-kinésithérapeute dans ce service. Il y avait avant elle un cadre ergothérapeute. Les rééducateurs du site d'Annecy ne comptent pas de psychomotricienne (qui sont en pédopsychiatrie sur un site extérieur), ils ne

connaissent donc pas leur travail. De fait, l'équipe sur le CH n'avait finalement pas d'a priori sur ma formation initiale. Les retours qui me sont faits a posteriori concernent les interrogations qu'ils avaient sur ma capacité de compréhension de « leurs problématiques sur le terrain » dans la mesure où je n'avais pas leurs connaissances techniques. Ce qui les rassurait tenait au fait que j'appartenais quand même à la filière rééducation. De plus, je connaissais déjà l'hôpital, j'avais eu l'occasion de rencontrer certains d'entre eux en psychiatrie auparavant et surtout j'étais cadre. J'étais quoiqu'il en soit légitime pour occuper ce poste.



La particularité de cette équipe est la multiplicité. Ce qu'ils attendent de moi, comme son nom l'indique, c'est un cadre. En effet, une équipe de cette taille, auprès de laquelle on ne peut physiquement pas être présent quotidiennement et dont les professionnels sont affectés dans des services ayant chacun leurs spécificités, a besoin d'une organisation fiable qui garantit l'équité. C'est en instaurant ce travail en confiance que j'ai acquis une certaine forme d'autorité qui soutient la prise de décision et le positionnement.

Aujourd'hui, je me sens « encadrante » dans le sens où j'essaie de préserver le cadre et les conditions de travail de ceux dont j'ai la responsabilité. Peu importe mes

compétences techniques de soignante à la base, le cadre travaille aussi avec sa personnalité. Son rôle est de mettre à profit les compétences des professionnels pour garantir la qualité des soins dispensés aux patients. Le cadre paramédical est un soignant sait comment on prend soin des patients et l'encadrement s'entend aussi par le « prendre soin » des équipes.

Laurence BELLON

J'ai obtenu mon diplôme d'orthophoniste en 1993. J'ai alors exercé mon métier en libéral puis en activité mixte (association du libéral et du salariat) pendant une quinzaine d'années. Ce métier m'a beaucoup apporté sur le plan humain: richesse des

rencontres, variété des prises en charge. En effet, j'ai eu la chance de travailler avec des tout-petits et de faire alors de l'accompagnement parental, des enfants et des adolescents, mais également avec des adultes.

Un moment charnière dans ma vie professionnelle a été mon travail en SSR accueillant des patients ayant eu de lourdes chirurgies pour des cancers de la sphère ORL. En effet, nous étions une équipe de 6 orthophonistes très bien intégrées dans le service de soins. Nous assistions aux relèves quotidiennes entre les équipes infirmières et ASD, nous participions aux synthèses hebdomadaires avec les médecins et nous participions également aux visites médicales. Nous travaillions alors en grande collaboration avec les MKDE afin d'optimiser la prise en charge du patient en

fonction de sa pathologie. A ce moment-là, j'ai souhaité m'investir totalement dans le travail au sein de ce SSR et j'ai donc arrêté mon activité libérale et me suis consacrée à cette activité salariée en 2003.

J'ai donc été en quelque sorte l'orthophoniste référente en termes d'organisation institutionnelle car j'étais la seule à ne pas travailler qu'à mi-temps dans le service. Je participais plus naturellement à des réunions pour les projets institutionnels, j'avais accès à plus de formations transversales, j'avais plus d'intérêt pour le devenir du service lors des restructurations envisagées et les projets de fusion de plusieurs établissements du groupe à qui appartenait notre CSSR.

Après toutes ces années de soins opérationnels (soins directs apportés aux patients), j'ai eu envie d'orienter ma carrière d'une autre manière c'est-à-dire ne plus être dans le soin direct mais être dans le soin indirect en encadrant des équipes de rééducateurs et/ou de soignants. Je souhaitais ainsi pouvoir participer davantage aux divers projets, accompagner les équipes dans leurs réflexions en rapport avec les prises en charge offertes aux patients, mais aussi aider d'autres professionnels à mener à bien leurs projets d'évolution, de reconversion, de changement. C'est ainsi que j'ai échangé avec la cadre supérieure de mon service au sujet de mon souhait d'intégrer l'IFCS de Lyon qui proposait depuis très peu de temps sa formation aux orthophonistes.

En 2007, j'ai donc passé le concours, obtenu le financement de mon année de formation

et intégré l'IFCS pour cette année de formation, de transition professionnelle.

A l'issue de ma formation, un poste de cadre de santé en hôpital de jour en pédopsychiatrie m'a été proposé et j'ai saisi



cette opportunité. J'ai travaillé dans ce service pendant une année. Ce fut une année riche, je changeais de métier, de champ d'activité et j'ai eu une équipe pluridisciplinaire (IDE, ASD, puéricultrice, éducateurs spécialisés, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste) à manager, j'ai travaillé en lien avec le pédopsychiatre de notre HDJ mais également avec les médecins du pôle. Il a fallu que je m'adapte, que je prenne le temps d'échanger et de comprendre le fonctionnement de l'institution. Etant une entité hors les murs, je portais et rendais visible tous les projets de

notre hôpital de jour en intra. J'étais le lien, le fil conducteur favorisant les échanges entre mon équipe et l'institution mais j'étais surtout le supporter des projets de l'équipe. Je participais à l'élaboration des projets et je les présentais aux différentes instances afin de les faire valider et de leur permettre de voir le jour. J'ai aussi veillé à l'organisation logistique quotidienne des prises en charge des enfants en faisant le lien avec divers interlocuteurs extérieurs à notre institution : les écoles, les transports, les services d'hospitalisation.

Ensuite, j'ai mis entre parenthèses cette nouvelle compétence de cadre de santé car je suis partie en expatriation pendant de longues années en Roumanie. J'ai alors renoué avec mon premier métier puisque j'ai fait reconnaître mon diplôme dans ce pays et que j'ai obtenu l'autorisation d'exercer.



A mon retour en France, en avril 2018, j'ai pu intégrer une nouvelle structure les HCL (Hospices Civils de Lyon) en tant que cadre de santé de rééducation sur l'Hôpital Edouard Herriot et l'hôpital gériatrique des Charpennes. Je travaille à mi-temps sur chacune des structures. Je travaille avec des équipes constituées de MKDE,

d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'E-APA et d'orthophonistes. Je suis seule sur une des structures et en binôme sur l'autre, cela représente pour ma part environ une quarantaine de rééducateurs en management direct.

J'ai dû découvrir une nouvelle institution, grande institution avec plus de 23000 salariés, un management de proximité mais part-time entre les deux hôpitaux. En effet, je ne suis pas sur les plateaux de rééducation en permanence, mon bureau est situé dans le couloir de l'administration. De ce fait, je passe beaucoup de temps à passer voir toutes les équipes tous les matins afin de les saluer, d'échanger avec eux sur des problématiques RH, de matériel,... Les équipes doivent cependant être autonomes même si je suis joignable en permanence par téléphone ou par mail. Mais je garde toujours en tête ma mission première qui est de coordonner, organiser les prises en charge en inscrivant cela dans le projet d'établissement. De nombreux axes de travail sont développés dans notre institution et cela demande de passer un temps assez conséquent dans des réunions. Le travail de collaboration avec les autres cadres des services de soins est très important afin de faire reconnaître la place indispensable des rééducateurs dans la prise en charge globale des patients.

Cette année 2020 aura été marquée par la crise sanitaire que tout le monde a subie de plein fouet et cela a été une année dense. J'ai pu mesurer combien le temps que je passais auprès des équipes était important, pour rassurer, motiver, remercier chacun de son investissement auprès de nos patients.

Mon appétence particulière pour les relations humaines a été un atout majeur pendant cette période plus particulièrement mais également dès mon arrivée. Je n'ai jamais identifié de doute chez les équipes quant au fait d'être orthophoniste à la base. Je suis restée à l'écoute de tous, j'ai pris le temps de découvrir les spécificités de chacune des professions représentées dans mon équipe avec respect et humilité, deux valeurs qui me sont chères. Je pense avoir su créer un climat de confiance qui nous permet d'avancer ensemble avec comme objectif commun « une prise en charge optimale du patient ». La parole circule librement, chacun peut exprimer son point de vue mais toujours avec respect. Un fondamental pour moi est que je dois pouvoir être garante à mon niveau d'un certain bien-être au travail pour chacun. En effet, pour offrir des soins de qualité, avec toute la bienveillance et l'empathie nécessaires, il faut soi-même être heureux et épanoui au travail et c'est une mission importante pour moi.

Je dirai pour conclure que le métier de cadre de rééducation correspond à mes attentes, je peux être le cadre que je souhaite et être à la croisée des chemins en termes de relations humaines et de construction de projets en équipe et pour l'institution. Tout n'est pas toujours simple, surtout quand on a longtemps travaillé en libéral, mais c'est un métier riche, dans lequel on apprend tous les jours. Il faut parfois apprendre à lâcher prise pour ne pas se laisser envahir par certaines lourdeurs institutionnelles qui peuvent nous mettre ou mettre certains membres de l'équipe en difficulté.

C'est un travail d'équilibriste, le cadre doit être agile et savoir s'adapter aux situations, aux divers interlocuteurs mais c'est ce qui en fait sa grande richesse.



**Stratégie Nationale
de Réadaptation
& Professions Alliées
... un objectif 2021**



Suite au conseil d'administration du 7 décembre 2020 consacré au bilan des 15 premiers mois du mandat de l'équipe dirigeante - issue de l'AG de septembre 2019 - et à la mise en perspective pour le CNKS d'un nouveau projet associatif, KINESOPE vous propose à compter de ce numéro de découvrir les coulisses de cette association qui fêtera ses 25 ans en 2021.

L'essentiel de ce premier bilan

Au-delà des diverses formalités administratives subséquentes à l'assemblée générale, tout en assumant l'organisation des JNKS LYON2019, opus II de la triologie « L'intention, Le geste, La trace » et en préparant les JNKS Reims2020, in fine transformées en visio-conférences, la nouvelle équipe (cf. infra) s'est très vite trouvée confrontée - dans un contexte de crise sanitaire exceptionnelle - à de nombreux dossiers émergents ou à réactiver :

- Aide Kinésithérapeute versus Assistant de Soins en Réadaptation,
- Intelligence Artificielle et Réadaptation,
- Temps partiel
- Réadaptation & Professions Alliées
- Accueil et accompagnement des étudiants stagiaires
- Kinésithérapeute en Pratique Avancée
- Ségur de la Santé
- Proposition de Loi simplification et confiance / Profession Médicale Intermédiaire
- JNKS 2020
- STKS « QVT ... Stress Post Traumatique »

Ses instances actuelles

➤ Conseil d'administration

Aurélien AUGER, Barbara BONECKA, Valérie CORRE, Yves COTTRET, Annabelle COUILLANDRE, Christophe DINET, Magali FAROULT, Andrée GIBELIN, Véronique GRATTARD, Julien GROUES, Pierre-Henri HALLER, Véronique HANCART LAGACHE, Valérie MARTEL, Olivier SALTARELLI,

➤ Bureau National

- Président : Pierre-Henri HALLER,
- Vice-Président-e-s : Christophe DINET (Universitarisation), Valérie CORRE (Trésorière), Véronique GRATTARD (Formation), Julien GROUES (Santé Publique), Valérie MARTEL (Exercice),
- Délégation Générale : Yves COTTRET & Olivier SALTARELLI (Stratégie et Communication)
- Secrétaire Générale : Andrée GIBELIN

Tcnks ROMBINOSCOPE



Julien Grouès,
Vice-Président du CNKS,
DE en 2014 de l'IFMK Rouen,
est kinésithérapeute en activité
mixte en Bretagne nord.
KINESCOPE retrace son
parcours et les ferments de
son engagement.

Après une période estivale
dédiée aux remplacements il a exercé en
SSR à mi-temps avec parallèlement une
activité de soin en ville exclusivement à
domicile. En 2015 rendu à St Brieuc il
poursuit le même modèle d'activité mixte
avec une activité de soin à domicile et une
activité salariée initialement en EHPAD.

Aujourd'hui au sein de Kiné Ouest
Prévention, association qui depuis plus de
30 ans promeut la place et le rôle du
kinésithérapeute en prévention tant par la
formation des professionnels que par des
interventions en entreprises majoritairement
sur le volet TMS et la dernière partie dont je
suis en charge c'est les actions auprès des
publics fragiles : personnes âgées et
pathologie chronique. En parallèle Julien a
une activité d'enseignement en formation
initiale tournée autour des éléments
juridiques et de la santé publique ainsi que
de la formation continue orientée vers les
actions possibles auprès des publics
fragiles.

Son engagement au CNKS s'inscrit dans la
suite logique de ses engagements citoyens.
Délégué de classe durant son cursus
scolaire, élu en conseil pédagogique (IFMK)
puis élu CROUS et président de la FNEK,
puis de la FEDER durant son cursus
estudiantin ;

il entre au sein du CA du CNKS en 2015
avant d'assumer la présidence de 2017 à
2019. Depuis septembre 2019 il assume la
vice-présidence en charge de la santé
publique, une fonction selon ses propres
mots « plus en adéquation avec ses centres
d'intérêts et son temps disponible ».

Les réflexions au sein du CNKS me
permettent de nourrir mon exercice du
quotidien tant dans ma pratique libérale que
dans ma pratique salariée et vice-versa mes
retours d'expériences dans ces activités
variées nourrissent les réflexions du bureau
et du conseil.

Son exercice mixte et son appétence pour
les politiques publiques et la santé de la
population l'amènent donc désormais à
traiter des questions transversales au sein
du CNKS. Une charge qui trouve son
prolongement dans la rédaction de la
newsletter **KINESCOPE** *l'esprit des lois*
publiée 2 à 3 fois par an (prochaine édition
newsletter imminente).

Julien est également en charge avec la
délégation générale du site **cnks.org** (mise
à jour, évolution). Un site pour lequel Julien
réalise et publie un à deux dossiers
thématiques par an : prévu pour la nouvelle
année le **prochain dossier « comparatif
des rémunérations salariés et
libéraux »** nous réserve quelques surprises !

Et Julien d'adresser un dernier message à
qui voudra bien le lire : « **si vous aussi
vous souhaitez partager vos expériences
afin de faire avancer les réflexions
n'hésitez pas à venir vers nous** ».



KALEÏDOSCOPE BREVES

K *l'esprit des Lois* **KINESCOPE**

*newsletter Santé Publique du CNKS
parution début Janvier 2021*

Au sommaire

- **PLFSS 2021**
- **Ségur de la Santé**
- **Rémunération salariale**
- **Stratégie de vaccination**
- **DREES inégalités sociales & Covid19**
- **Décret n°2020-1663 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie**

*à recevoir directement par mail
ou à consulter sur www.cnks.org*

SAVE THE DATE

JNKS REIMS 2021

Journées Nationales de la kinésithérapie salariée

Jeudi 23 & vendredi 24 septembre 2021 *

**« Praticiens, Pratiques Professionnelles
& Politiques de Santé »**

➤ **Jeudi 23 septembre**

- Politique Professionnelle & Politique Publique
- Pratiques Pro / Interpro & Parcours Patient
- Prospective : Pratique Avancée ; Professions Alliées
- Soirée Thématique Kinésithérapie Salariée

➤ **Vendredi 24 septembre**

- Professionnalisation & Pédagogie
- Pratiques Pro / Interpro & Parcours Patient
- Praticien Chercheur

(*) en conférences présentiels ou à défaut selon l'évolution de la crise sanitaire en visio-conférences

L *les maux des mots*
Lexicoscope de Justin Pertinent



Profession & Métier !

M'en voudrez-vous beaucoup si je vous dis un monde où « de la poule et de l'œuf versus de l'œuf et de la poule » le débat n'est toujours pas terminé ! Difficile depuis la nuit des temps de s'accorder qui génère l'un ou l'autre. Le métier est-il la « boulangerie voire la boulange » comme le dit souvent la corporation concernée ou le « boulanger » ; la police ou les policiers ? l'enseignement ou l'enseignant ? la médecine ou le médecin ? la diététique ou le diététicien ? la kinésithérapie ou le kinésithérapeute ? Un débat qui divise les juristes, les sociologues ... et les corporations de tous les secteurs et auquel le monde de la santé n'échappe pas !

« Difficile d'établir une différence précise entre les termes de **métier** et de **profession**...

A l'origine, ce n'était pourtant pas le cas : un **métier** désignait une **activité** plutôt manuelle alors que la **profession** était associée à des activités plutôt intellectuelles. Mais le sens des mots évolue, et la différence est aujourd'hui moins aisée. **[NDLR : ACTIVITE ... KINESITHERAPIE]** Aujourd'hui, la **profession** désigne davantage la corporation des **personnes** qui exercent la même activité. Pour le sociologue M. Sorel, la **profession** est ainsi « un **métier** socialement organisé et reconnu ». **[NDLR : ACTEURS... KINESITHERAPEUTES]**

Le **métier** ferait quant à lui référence à **l'exercice d'une activité** donnée mais envisagée sous un angle concret. Le **métier** est ainsi la somme des **gestes professionnels** et des **savoirs faire** pour réaliser une **tâche donnée** ». **[NDLR : ACTES... PRATIQUES, TECHNIQUES, GESTES KINESITHERAPIQUES]**

Ce qu'est le **métier** est un questionnement qui se complexifie l'autre mot **profession** !

On pourrait recommencer...Boulangerie ou Boulanger...mais la question devient **Métier** ou **Profession** ?

Parmi les relativement nombreux articles d'auteurs patentés - et d'un certain nombre de mémoires de sociologie ou de DCS - Claire Tourmen en 2007 dans la revue Santé Publique **Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion** nous indique : « L'émergence des préoccupations de santé publique entraîne des modifications dans l'activité des acteurs du champ de la santé, l'émergence de nouvelles activités, voire de postes ou de nouveaux « métiers ». Ceci est le reflet d'un phénomène bien connu dans nos sociétés occidentales : la division du travail va croissante, de même que la spécialisation, voire l'hyperspécialisation, ce qui peut favoriser l'émergence de multiples métiers, l'évolution rapide des compétences et des activités. On constate une même évolution de la conception traditionnelle de la fonction publique française, où les recrutements sont basés sur un niveau de concours, une sorte de « compétence générale », alors que la multiplication des tâches dévolues et la complexité des problèmes à traiter appelle le développement de spécialistes dans différents domaines ...

... à partir de quand peut-on dire que des postes s'inscrivent dans un « métier », que les individus qui les occupent sont des « professionnels » identifiés et reconnus comme tels ? ...ce questionnement soulève des enjeux de reconnaissance, de compétences spécifiques, de formation, de recrutement, d'appartenance à une communauté... ».

Ce questionnement sur **métier et/ou profession** est un des tous premiers thèmes dont s'empare le CNKS à sa création en 1996 comme l'avait fait l'UIPARM depuis 1991. Les actas des JNKS et des JNER, à retrouver respectivement sur www.cnks.org et sur www.uiparm.fr, en attestent et font traces ...qui elles-mêmes ouvrent des pistes.

Bien sur ces premiers points de vue en admettent bien d'autres : question de référentiels. Dans tous les cas force est de constater au travers des écrits et discours que les professionnels de santé (mais certainement dans d'autres secteurs aussi), leurs diverses représentations, le ministère, les politiques, et les organes de presse ... emploient souvent, très souvent, trop souvent l'un pour l'autre ... par ignorance d'un distinguo, ou par facilité langagière aux fins d'éviter la redondance ... mais au risque, avéré, de générer de la confusion et in fine de la substitution. **Les maux des mots !**

Et de son côté ... que - nous - dit la Loi, en l'occurrence le CSP (Code de la Santé Publique) à propos de la Kinésithérapie et/ou du Kinésithérapeute ?

Code de la Santé Publique

Quatrième partie : Professions de santé (Articles L4001-1 à L4444-3)

Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles L4301-1 à L4394-4)

Titre II : **Professions de masseur-kinésithérapeute** et de pédicure-podologue (Articles L4321-1 à L4323-6)

Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute. (Articles L4321-1 à L4321-22)

Article L4321-1

La pratique de la **masso-kinésithérapie** comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

- 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
- 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Le **masseur-kinésithérapeute** peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le **masseur-kinésithérapeute** pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice **de sa profession**.

La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiniques.

Article L4321-2

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 72 () JORF 5 mars 2002

Peuvent exercer la **profession de masseur-kinésithérapeute** les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4321-3 et L. 4321-4 ou titulaires des autorisations mentionnées aux articles L. 4321-5 à L. 4321-7

Geneviève Latreille dans « Métier et profession : réflexions sur quelques nomenclatures et classements » (1971, Persée / Sociologie du travail) » introduit son propos par « *Si diverses universités américaines assurent depuis longtemps des recherches et un enseignement spécialisé de sociologie des professions, le monde du travail est rarement étudié sous cet angle en France. On peut penser qu'il est bien tard pour entreprendre des enquêtes de ce type au moment où l'on annonce la mort des métiers ; mais on peut noter en sens inverse que le public continue très largement à raisonner en termes de « métiers » et que les professions sont parfois des groupes de pression forts résistants ou efficaces ... Une observation méthodique de cet univers des métiers et professions aiderait peut-être à voir plus clair et éventuellement à expliquer le décalage entre les perspectives des techniciens de l'analyse du travail et le vécu de nos contemporains* ». Les nomenclatures et classifications couramment utilisées par le ministère du travail et de l'éducation nationale qu'elle compare sont très instructives. (cf. dossier Profession/Métier sur www.cnks.org)

De ces classifications (1) relativement disparates naissent vraisemblablement à l'époque les représentations tout aussi hétérogènes qui perdurent parfois aujourd'hui.

Retenons à ce point du dossier (2) deux définitions simples :

- un métier est un genre d'occupation qui trouve son utilité dans la société (ex. le porteur d'eau n'est pas que folklorique dans certains pays, quand le rémouleur de couteaux qui a, lui, disparu en France) ; la ou le MK semble bien concerné !
- une profession est une activité triplement réglementée au niveau de sa formation, de la protection de son diplôme/titre, de son exercice/ses actes ; la ou le MK semble bien là aussi concerné !

Alors Masso-Kinésithérapie ou Masseur-Kinésithérapeute : Profession ou Métier ? ou les deux ?

(1, 2) de diplômes, qualifications, emplois, activités, ...toutes + ou - en lien & cohérence ! à suivre dans les prochains KINESCOPES

➤ En EGYPTE

C'est à cette époque qu'apparaissent les 1^{ères} réelles études du corps humain et des maladies et que l'on retrouve le plus vieux traité de médecine : le papyrus (20 m de long, datant de 1500 avant J.C découvert par Ebers en 1872 ; la magie et la médecine y sont confondues et 875 prescriptions et 150 drogues y sont décrites ; gynécologie, proctologie et pharmacie y figurent déjà). Les connaissances anatomiques sont simples mais supérieures aux autres peuples. A cette période les embaumeurs sont plus compétents que les médecins en anatomie. La transmission du savoir est filiale, familiale ou de caste. Les médecins constituent l'élite sociale avec les prêtres et les militaires... la rémunération se fait en nature. On y retrouve les ancêtres des auxiliaires médicaux : des infirmiers-contremaîtres.



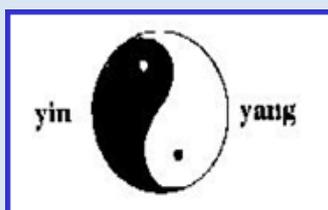
➤ En GRECE

Vers 1000 ans avant J-C la mythologie y est très complexe. APOLLON, fils de ZEUS (Jupiter) est le dieu suprême : dieu de la médecine, des arts et de la poésie ; ASCLEPIOS (Esculape), fils d'APOLLON, est vainqueur des maladies ; HYGIE, fille d'ASCLEPIOS, est la protectrice de la santé (hygiène) ; PANACEE, autre fille d'ASCLEPIOS, est celle qui guérit tout... à l'origine des médicaments. ASCLEPIOS inspirera le caducée (serpent enroulé autour d'un bâton) ; les prêtres d'ESCLAPIE (Asclépios) exercent dans les Esclépiades une médecine magique et sacerdotale : prescriptions médicales, principes de diététique, d'hygiène alimentaire et vestimentaire



➤ EN CHINE

C'est surtout la phytothérapie qui accompagne pierre, bambou, cuivre, fer et domine la société : une médecine. Les forces



l'équilibre des forces.

avec pas moins de 2000 médicaments l'acupuncture avec des aiguilles de argent. Le taoïsme et le confucianisme philosophie plus qu'une religion ou une fondamentales : le yin (terre, lune et

➤ EN INDE

On y trouve la trace d'activités médicales au VII^{ème} et VI^{ème} siècle av J.C. Les maladies infectieuses, l'ictère, les névralgies y sont décrites. Des prières avec les prêtres, des sacrifices, et des rites conjuratoires luttent contre les maladies qui sont les punitions des dieux pour les fautes commises par les humains. Parallèlement une « véritable médecine » utilise une pharmacopée d'origine végétale, animale ou minérale. On y retrouve aussi la trace d'une chirurgie faciale et réparatrice (nez).

II) L'ESSENTIEL DE L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS

« Il faut éclairer l'histoire par les lois et les lois par l'histoire »

Montesquieu, De l'esprit des lois

Petite histoire des Lois hospitalières - partie 1

- **A compter des IV^e & V^e siècles** les institutions hospitalières, créées sous l'égide du clergé, ont rapidement été encouragées et surveillées par des représentants du pouvoir central ;
- **A la Révolution les hôpitaux furent « municipalisés »**
- **En 1941 l'état prend le contrôle**
 - Loi du 21 décembre 1941, « Charte hospitalière » première grande loi hospitalière qui marque l'étatisation des hôpitaux. Ainsi, en tenant compte de la naissance des Assurances sociales (créée par la loi du 05/04/1928), l'hôpital s'ouvre à toutes les classes sociales, et non plus aux seuls indigents. Le Directeur est nommé par le représentant de l'État. La tarification à la journée y est introduite. De plus l'organisation médicale actuelle se profile avec celle de l'organisation des services, des chefs de service et la constitution d'une commission médicale consultative. Cette loi organise le classement des établissements en : centre hospitalier régional, hôpital, hôpital-hospice, et hospice.
- **Réforme hospitalo-universitaire**
 - C'est par 3 ordonnances de décembre 1958 que sont créés les CHU et les CHRU. Ces ordonnances vont conduire à la création du Conseil Supérieur de la Fonction Publique ; de plus le Directeur voit ses pouvoirs élargis au niveau budgétaire.
 - Tout en préservant apparemment le caractère local de l'hôpital, les ordonnances de 1958 accentuent le desserrement des liens entre la collectivité locale et l'établissement de soins, entre l'assemblée gestionnaire et les autorités exécutives.
- **Loi n° 70-1318 du 31/12/1970**
 - Cette loi définit un système hospitalier qui prend en compte les secteurs d'hospitalisation : public, majoritaire en médecine, et privé, très important en chirurgie et obstétrique. Elle conduit à l'instauration d'une carte sanitaire, qui ne concernera que le secteur hospitalier, contrairement aux ambitions du législateur, sauvegardant la liberté d'installation. Elle propose la mise en place d'une coopération inter-hospitalière, à laquelle pourront s'adjoindre les cliniques privés qui assurent un service public hospitalier ; cette coopération se faisant par la suppression de nombreux petits établissements publics.
- **Vers le planisme hospitalier**
 - Les années 70 à 90 marquent la volonté des pouvoirs publics de recentrer les hôpitaux sur le plateau technique. Ainsi, la loi du 29 décembre 1979 met en place la suppression de lits par autorité du Ministre chargé de la santé ; la loi du 19 janvier 1983 va permettre la mise en œuvre de la dotation globale de financement, et l'instauration du forfait journalier.
 - La loi du 3 janvier 1984 permettra au préfet de département de réviser le budget proposé.
 - La loi du 31 juillet 1991 réduira le nombre de lits par une planification plus contraignante.

A suivre dans les prochains KINESCOPE

III) L'ESSENTIEL DES PROFESSIONS & METIERS DE LA SANTE

Une famille nombreuse composée de plusieurs branches sur lesquelles se situent celles et ceux qui travaillent et contribuent au monde de la santé dont trois branches « cœur de sujet » qui distinguent les professions de santé. Au sein des professions de santé : les professions médicales, les professions pharmaceutiques & les professions « auxiliaires médicaux ».

- Les professions médicales : médecins et chirurgiens (+ de 203.000 pros) / chirurgiens-dentistes (+ de 40.000 pros) / sages femmes (+ de 16.000 pros)
- Les professions pharmaceutiques (+ de 65.000 pros)
- Les professions auxiliaires médicaux ou paramédicales : 5 professions de soins infirmiers (+ de 600.000 professionnels) : infirmier(e)s, puéricultrices, infirmier(e)s de bloc opératoire, infirmier(e)s anesthésistes et IPA ; 7 professions de rééducation : ergothérapeutes (près de 10.000 professionnels), diététiciens (+ de 12.000 professionnels), kinésithérapeutes (près de 95.000 professionnels), orthophonistes (+ de 25.000 professionnels), orthoptistes (près de 5.000 professionnels), podologues (près de 15.000 professionnels), psychomotriciens (près de 15.000 professionnels) ; 3 professions médicotechniques manipulateurs en électroradiologie (+ de 35.000 professionnels), préparateurs en pharmacie (+ de 50.000 professionnels), techniciens en analyse biomédicale (près de 40.000 professionnels) ; et, reconnues au CSP depuis la loi handicap et dépendance (2005), les professions d'appareillage : audioprothésistes (+ de 1.600 professionnels), opticiens-lunetiers (+ de 13.000 professionnels), ortho-prothésistes, podo-orthésistes....

Evolution et diversification des professions

Que ce soit par référence aux grands appareils physiologiques, aux pathologies, aux organes ou encore aux technologies la médecine comme la chirurgie n'ont cessé d'évoluer dans le sens de la diversification et la précision de l'activité. Plus de 40 disciplines et spécialités dans la famille médicale ! entre autres : Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ...Cancérologie, Cardiologie et maladies vasculaires, Chirurgies digestive, générale, infantile, orthopédique, traumatologique, neurologique, plastique, thoracique, cardio-vasculaire, urologique, vasculaire, Médecine physique et de de réadaptation, ...Neurochirurgie, Neurologie, Nutrition, Oncologie, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, ... Pédiatrie, Pédopsychiatrie,...Pneumologie, Psychiatrie, Réanimation médicale, Rhumatologie, Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, ...Urologie,.. Une spécialisation de la profession de base que l'on retrouve chez les odontologistes avec 6 spécialités : Pédodontie, Orthopédie dento-faciale, Odontologie légale, Parodontologie, Chirurgie buccale, Odontologie conservatrice.

Les professions paramédicales souvent issues de l'infirmière se sont progressivement mises en place au cours du siècle dernier. Cette famille ne compte que 5 spécialisations - uniquement chez les infirmiers - : puéricultrices, infirmier(e) de bloc opératoire, infirmier(e) anesthésiste et la récente infirmier(e) de Pratique Avancée.

A suivre dans les prochains KINESCOPE : Les Professions de Rééducation / le MK / les représentations professionnelles

Hôpital protéiforme, Hospitaliers cordiformes : la plateforme de l'interpro

En entrant à l'hôpital, il est de coutume de dire que l'on entre dans un espace où les réalités temporelles et spatiales sont bouleversées, spécifiques et complexes du fait même des activités qui y ont lieu, et des structures qui la régissent. Les différents acteurs de l'hôpital interagissent ensemble, coopèrent et organisent une collaboration au service de la prise en soins du patient, au nom de ce que Luc Boltanski et Laurent Thévenot appellent des principes supérieurs communs ¹ Pour reprendre le concept de « cités » de ces mêmes auteurs, chacune des grandes structures organisationnelles de l'hôpital correspond à un modèle de pensées, à une logique argumentative basée sur un grand principe, une conception qui lui est propre du bien commun.

Les relations entre les différents acteurs nécessitent donc que l'on apprenne à s'écouter, afin de comprendre l'autre qui a une vision différente d'une réalité commune, sans que cette conception soit meilleure ou moins bien que sa propre vision. Ainsi donc, il est nécessaire au professionnel, quelle que soit sa fonction, son rôle et sa mission de connaître cette structuration hospitalière, afin de mieux en comprendre l'écosystème professionnel qui le régit et le commande. A l'heure actuelle c'est plus de 200 métiers qui coexistent au sein des établissements de santé au service des patients. Certains de ces métiers et professions sont bien connus, d'autres un peu moins, certains pas du tout.

La catégorie de professionnels la plus connue est celle des professions de santé, qui se divise en 3 grandes familles (régies par le Code de la Santé Publique) :

- les professions médicales (art. L4111-1 à L4163-10) ;
- les professions de la pharmacie et de la physique médicale (art. 4211-1 à 4252-3) ;
- les professions (1) d'auxiliaires médicaux (art. 4311-1 à 4394-3).

Une autre catégorie correspond aux professionnels assimilés à la santé, professionnels de la santé. Elle correspond à des métiers attachés au domaine de la santé mais non-inscrits au Code de la Santé Publique ; ils sont en revanche inscrits au répertoire ADELI. Il s'agit de :

- des professions de la psychologie
- des professions du social
- des usagers de titres professionnels.

La troisième catégorie comprend quant à elle les professionnels des fonctions administratives, techniques et logistiques.

C'est ainsi toute une myriade de métiers et professions qui se mobilisent au quotidien au service des patients, organisés en filières (2)

Travailler en établissement de santé nécessite donc une capacité à travailler ensemble, dans l'échange et le dialogue, en comprenant les impératifs et contraintes de chacun.

(1, 2) A suivre dans les prochains KINESCOPE

¹ Luc Boltanski et Laurent Thévenot : *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991