chks

Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

la lettre & l'Esprit du CNKS

## **Apostille**

« Les solutions du passé sont devenues les inhibiteurs du futur »

Jonas Edward Salk

#### **Sommaire**

- > PERISCOPE
- > **A PROPOS ...** p. 2 à 3
- **▶ BREVES** p. 4 à 7
- > PRATICOSCOPE
  - ✓ **Télésoin** p.8 à 10
  - ✓ Accueil Stagiaire p.11 à 12
  - ✓ Role du sens p.13 à 14
- ➤ MICROSCOPE p.15 à 26 Université, Universitaires, Universitarisation
- > LEXICOSCOPE p.27 à 31
- > L'AVENIR DES CADRES p.32 à 36

### 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

Seul le changement est permanent.

Notre environnement change, constamment.

Le monde dans lequel nous vivons, nous agissons et nous exerçons, évolue. Les crises constituent des ruptures dans les cycles de vie des causes.

Après les crises, il y a les ruptures puis les dépassements.

La crise rompt brutalement un équilibre et nous invite étymologiquement à une décision, un jugement. Certaines crises invitent à des évolutions, d'autres ont conduit à des révolutions, sociales politiques, économiques, sanitaire... professionnelles.

Qui aurait pensé que « le corps entre les mains » (*B. Dolto*), et « le toucher sensible du corps à corps » (*G. Prel*), puissent aujourd'hui se penser en termes de télé-soins, télé-réadaptation, d'échanges numériques à distance, depuis les services hospitaliers et depuis les cabinets vers les domiciles de patients en situations de handicap ?

Est-ce de nouvelles modalités d'accompagnement ?

Est-ce une nouvelle forme de soins ?

Est-ce un nouveau lien thérapeutique ?

Ou est-ce la continuité de l'accompagnement vers de nouvelles corporéités pour faire face aux situations de handicap, avec de nouveaux médias ?

Comment, pourquoi et pour quoi, pouvons-nous nous adapter? Changerons-nous d'exercice, de pratiques, de dénomination ... et d'identité, pour penser ensemble demain différemment, au service de patients et d'une santé publique eux-mêmes différents?

Après les crises, il y a les ruptures, les changements de culture, les changements de structure. Ce monde changeant nous invite à la créativité, à l'innovation et à l'agilité.

L'évolution créatrice (*Ph. Stevenin*) est la condition pour le vivant d'adaptation aux environnements complexes et mouvants.

Alors, autorisons-nous aux changements, de cultures, de structures...de métiers et de profession.

Pierre Henri HALLER

la lettre & l'Esprit du CNKS



## A PROPOS DE L'ACTUALITE :

Le devenir des professions paramédicales en question ! L'avenir du masseur-kinésithérapeute en jeu !

PMI (profession médicale intermédiaire) ? PMCD (profession médicale à compétence définie) ? KPA (kinésithérapeute en pratique avancée) ?

Entre les marottes de certains gouvernants, aux abois face à un système de santé qui s'essouffle de trop de réformes successives trop souvent uniquement vues, pensées et imposées d'en haut, et cette fois encore veulent imposer « un entre deux » sans réelles concertations préalables avec l'ensemble des professionnels concernés et les attentes de véritables dispositions de

reconnaissance des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, salariés et libéraux, le moins que l'on puisse dire c'est que ce n'est ni l'entente cordiale ni la convergence optimale pour passer la crise sanitaire exceptionnelle et pour refonder une concorde de la santé.

Si ce n'est que cette PMI aura fait l'unanimité contre elle et qu'elle va



vraisemblablement disparaitre de la proposition de loi inique portée par une députée médecin! Il nous faut pour autant rester vigilant. Les raisons de la mobilisation contre ce projet ne trouvent pas forcément racines dans les mêmes objectifs tant parfois entre les professions paramédicales que souvent en intra-professionnel.

### MKS SALARIES, HOSPITALIERS: NI GODILLOTS, NI SOLOS

Le CNKS depuis sa création, appelle à la recherche la plus consensuelle possible - entre les deux métiers (salarié et libéral) de notre même profession et donc des organisations ad hoc – d'évolutions des pratiques, et statuts ... dans l'altérité et le respect des écologies de chacun des secteurs au sein desquels les contraintes et opportunités peuvent ne pas forcément être convergentes.

Il en va ainsi semble-t-il des attendus sur la « Pratique Avancée » où la délicate définition de ce que pourrait être un mk de pratique avancée est loin d'être arrêtée sauf à penser qu'elle serait un fait hégémonique d'un groupe ou d'un autre.

Un comble quand on sait que le CNKS avait, dès la parution de la disposition légale sur la pratique avancée, souhaité que la « profession » s'en saisisse et que ... la réponse quasi unanime des autres organisations renvoyait le sujet à un futur pour le moins -

malheureusement mais prévisible - hypothétique de reconnaissance du DE au Grade master (que certains confondaient avec le Diplôme Master et mélangeaient avec l'accès direct ...).

**ULTRACREPIDARIANISME QUAND TU NOUS TIENS!** 



Chis

Vector d'idées & lien

La Lettre & L'Esprit du CNKS

Vecteur d'idées & lier des hinésithérapeutes salariés

#### NI COMPLAISANCE RESIGNEE NI COMPLICITE SOUMISE

Le CNKS, attaché à la réflexion méthodique, sociologique, et à une stratégie de développement curriculaire (c'est-à-dire prenant en compte l'amont et l'aval, et même sur le coté) constatant et craignant les dérives d'actions, au-delà de leurs prérogatives d'organisations et représentations professionnelles, menées en catimini avec les pouvoirs publics sans concertation intra-professionnelle rappelle son attachement au respect des missions et périmètres conférés légalement à chacune de ces structures. Un prochain KINESCOPE en (re)fera une présentation synoptique et génèrera une nouvelle rubrique Lexicoscope aux fins d'apporter les éléments d'une culture identique et d'un langage commun.

Si les protocoles de coopération initiaux (très peu prisés par les MKs) et l'article 51 de la loi ...peuvent s'avérer intéressants dans l'esprit il en demeure pas moins que ces expérimentations « régionales » sous couvert des ARS doivent bénéficier, s'inscrire ou procéder d'un axe prospectif national co-élaboré par l'ensemble du corps professionnel entier ! au risque sinon, aux termes de cette manie française de l'expérimentation - dont notre profession a déjà payé un certain tribut et se prépare à un autre lourd tribut voire à une forte désillusion avec l'expérimentation dilatoire de 6 ans pour l'universitarisation - d'avoir in fine une myriade de bonnes intentions, voire d'efficientes réalisations mais qui ne sauraient être rapportées et synthétisées dans un plus petit multiple commun ... profitable à l'ensemble des professionnels et dont la seule fin se concrétisera en un classement vertical (comprenez poubelle).

#### ALORS OUI IL EST URGENT DE NE PAS SE PRECIPITER

et il est surtout important de travailler avec méthode sur la voie du KPA qui semble pouvoir enfin s'ouvrir à la reconnaissance de la progression de notre profession et à la diversification de carrière elle-même ferment d'une attractivité et d'une persistance dans, et autour de la profession.

Une voie nécessaire sur laquelle il ne faut pas pour autant construire de chimères tout comme celle des enseignants chercheurs et des cliniciens chercheurs : seule une partie des professionnels pourront l'emprunter car il n'y aura jamais autant de postes, fonctions et missions que de nombre de professionnels.... et c'est heureux ainsi car il est indispensable de garder des professionnels de « pratique courante ».

Cela s'oppose-t-il à ce qu'un grand nombre poursuive leur cursus académique ? que neni ma foi ? mais en ayant clairement à l'esprit que un doctorat de sciences n'est pas un doctorat d'exercice.

ALORS OUI IL EST IMPORTANT D'ETRE INFORME DE CES MEANDRES POLITIQUES et KINESCOPE vous illustre dans les pages à suivre 30 jours de mobilisation et vous invite à consulter aussi la rubrique à suivre BREVES p.4

MKS SALARIES, HOSPITALIERS: NI HERISSONS, NI PAILLASSONS!

La Lettre & L'Esprit du CNKS



## des kinésithérapeutes salariés

Lack D'autres semblent devoir patienter ... dont celle des enseignants-chercheurs

## **BREVES**

### Les SUITES du SEGUR

On se souvient au sortir du déconfinement des « grandes concertations » orchestrées grand renfort de communications (dont les réunions en visio-conférence...) et d'une très solennelle signature « d'Accords Ségur » avec nouveau Premier Ministre tout juste arrivé dans sa nouvelle fonction.

Des accords qui - même s'ils ont actés, selon les différents points légère vue. une conséquente (re)valorisation « à courts termes » prévoyaient une poursuite travers au plusieurs mesures.

#### **KINESCOPE** ici rapporte quelques éléments ce feuilleton.

Les travaux de certaines mesures ont été mis en place, et se poursuivent encore à l'heure où nous bouclons ce dossier; c'est le cas de la refonte des grilles indiciaires qui devraient professions aboutir pour certaines paramédicales dont les kinésithérapeutes à un gain d'environ 30 pts d'indice soit 150 € en début de carrière.

#### MESURE 5

RENFORCER LES RÉSEAUX D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DANS LES TERRITOIRES EN PARTENARIAT AVEC LE MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Créer 250 postes d'enseignants universitaires associés et titulaires pour des praticiens exerçant en ville comme à l'hôpital.

Les modalités pour y accéder seront reconnues par le Conseil national des universités (CNU), en fonction des besoins des territoires et des projets définis par les universités et les unités de formation et de recherche en santé.

La création de ces postes en 5 ans renforcera l'encadrement des étudiants en santé et les projets universitaires dans les territoires.

> Renforcer l'intégration des professions paramédicales et de maïeutiques dans le champ universitaire et proposer des recrutements comme enseignants universitaires.

#### Prochaines étapes

— Campagne de recrutement des professionnels de santé accédant au statut d'enseignant universitaires, y compris pour les personnels paramédicaux, dès la rentrée 2020 et dans les 5 ans à venir en concertation avec les acteurs

Alors que le CNKS - dans sa propre plateforme pour le Ségur ainsi que dans celle cosignée par l'ensemble des organisations de la Profession – prônait la mise en œuvre d'une reconnaissance plus large de la diversification de carrière par l'ouverture de praticiens-chercheurs postes conclusions du Ségur se sont limitées à celle d'enseignants universitaires.

Le CNKS approuve, apporte et apportera soutien à toute organisation professionnelle syndicale ou associative qui demande la reconnaissance d'un statut d'hospitalo-universitaire, non seulement pour les enseignants-chercheurs mais aussi et surtout, pour des praticiens-chercheurs qui sont/seront les véritables moteurs développement et de l'excellence du métier

de kinésithérapeute salarié et de la définition

libéral ou salarié doit être avant tout le fait de l'expression des praticiens que le dispositif

de formation nécessaire a ensuite la lourde

charge de mettre en œuvre pour la partie

théorique et donc des savoirs en lien avec à

praticiens

souhaitable

du

qui

La Lettre & L'Esprit du CNKS

nouveau

@uiparm

monde

carrière

l'évolution

les



des kinésithérapeutes salariés

♣ D'autres encore ont connu un coup d'accélérateur pour le moins surprenant. Il en va ainsi de la mesure 7 de ces accords

#### Pour le CNKS l'évolution d'un métier qu'il soit **MESURE 7**

métier.

sont les

LANCER UNE RÉFLEXION SUR LA CRÉATION D'UNE

Constat : « Notre hôpital manque de médecins, de longue

acteurs, sur la création d'une nouvelle profession médicale intermédiaire, en milieu hospitalier.

telle qu'annoncée dans la mesure 7 une proposition de loi intitulée « Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » surgit à l'agenda du parlement le 20 octobre.

Elle prévoit entre autres la création d'une Profession Médicale Intermédiaire ...

- qui concernerait toutes les professions « auxiliaires » ou paramédicales du CSP
- sans en définir les contours
- de l'Académie de médecine à partir de propositions des seuls ordres infirmier et médecins et renvoyant à l'application par



PROFESSION MÉDICALE INTERMÉDIAIRE

date...Dommage qu'en France, on n'ait personne entre le bac + 3 de l'infirmière et le bac + 10 du docteur.»

— Lancer une mission de réflexion, associant les ordres professionnels et en concertation avec l'ensemble des

Sans aucune réelle concertation préalable

mais en précisant que ce serait sur l'avis

Ressources humaines

Les contours de la profession médicale intermédiaire méritent clarification

Le Collège national de la kinésithérapie salariée s'interroge sur la future profession médicale intermédiaire que la majorité parlementaire souhaite développer. La question de son positionnement vis-à-vis des cadres ou des IPA se pose.

Pour mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé, la majorité parlementaire a déposé une proposition de loi au sein de laquelle apparaît la création d'une profession médicale intermédiaire. Pour le Collège national de la kinésithérapie salariée(CNKS),..

Cette PPL a déclenché un tollé de la quasiunanimité des organisations professionnelles paramédicales médicales : le CNO des Médecins précisant



@AurelieFRANC @laFHF @syfmer @sup\_recherche

Enseignants chercheurs d'hier, d'aujourd'hui

et de demain qui ont ouvert la voie dans le

chercheurs d'aujourd'hui et de demain sont deux voies de diversification de la

d'ailleurs de toute autre profession de santé.

kinésithérapeute

et

praticiens

comme

l'université

KINESCOPE la lettre & l'esprit du CNKS

la lettre & l'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

qu'il n'avait jamais reçu comme semble-t-il sous-entendu que cela aurait été convenu lors du Ségur de lettre de mission.



Si in fine effectivement le CNOMK a été auditionné ... et que semble-t-il les avis soient portés dans le même sens force est de constater que chaque organisation de la Profession y est allée de son côté.



Alors que « l'essentiel » semble être le mot valise indéfinissable à la mode, le gouvernement et sa majorité confondent utile, nécessaire et indispensable et surtout important et urgent...jusqu'à la précipitation alors même que la deuxième vague de pandémie accapare toutes les énergies.



### Et les cadres ? Les oubliés du Ségur ?

Force est de constater qu'il faut beaucoup chercher pour trouver quelque chose qu'il les concerne! Et encore nous noterons une fois de plus qu'ils sont comme leurs collaborateurs paramédicaux nommés de personnels d'encadrement NON-Médicaux (appellation non contrôlée, non réglementaire mais devenue tellement usuelle qu'elle va finir par entrer dans le marbre).

#### **MESURE 23**

Former l'ensemble des responsables et des personnels d'encadrement médicaux et non médicaux, dans le cadre de leur prise de responsabilités managériales, à l'identification et à la prévention des conflits interindividuels et à la bientraitance.

Tout un programme ! Comme si les cadres de santé n'étaient pas avertis et formés dans leur DCS !

Mais évènement récent et remarqué, le Premier Ministre il y a quelques jours visitant les Hôpitaux de Strasbourg déclarait dans un aparté - filmé et enregistré de façon très nette puis partagé sur les réseaux sociaux – ciblé avec la cadre du service :

cnks

la lettre & l'Esprit du CNKS Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

« Parce que je sais que les cadres c'est majeur » suivi de « je trouve que les cadres sont les oubliés du Ségur » avant de conclure « je vais me rattraper ».



Et « hasard » de calendrier dans les 24 h qui suivent le Pr Olivier Claris, auteur d'un rapport qui ne cite les cadres que dans un binôme avec le médecin, souligne dans un post sur linkedIn après une visite de services « …la qualité de l'écoute et de l'aide apportées par le cadres et cadres supérieurs. … ».



Olivier CLARIS • 2e
PUPH chez Hospices Civils de Lyon
3 i • ©

Journée bien remplie hier avec la visite de 4 services à l'hôpital E Herriot (cardiologie gériatrique du Dr Chuzevile, réanimation médicale du Pr Argaud, réanimation chirurgicale du Pr Lukaszewicz, et rhumatologie du Pr Chapurlat), et de tous les services de soins critiques du CHLS, Je suis toujours admiratif de la réactivité de nos soignants, de leur disponibilité, de leur enthousiasme, de leur professionnalisme exemplaires. Je souligne la qualité de l'écoute et de l'aide apportées par les cadres et cadres supérieurs et par les équipes de direction. On ne saurait trop vous dire MERCI avec reconnaissance bien sincère. J'ai pu rencontrer des professionnels mis à disposition par des établissement du secteur privé, très satisfaits de leur expérience parmi nous, merci aussi à eux

DES PAROLES...DES IMAGES...DES ECRITS ...
DES DERAPAGES & DES MIRAGES ?
DES ACTES CHICHE!
DES PISTES ? ----- > cf p.32 à 36

chks

la lettre & l'Esprit du CNKS Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

## **Praticoscope**

expérientiels au cœur du métier

Le télé-soin :
émergence et
perspective d'une
nouvelle pratique
dans un
établissement
médico-social

Le Dispositif Sensoriel et Moteur des PEP CBFC à Dijon accompagne une centaine de jeunes en situation de handicap moteur. Le service rééducatif est composé notamment de sept kinésithérapeutes.

## 2005 : 1<sup>er</sup> changement de paradigme

Depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (Légifrance, JORF n°36 du 12 février 2005), le nombre d'enfants scolarisés en situation de handicap a doublé en dix ans. Il est passé de 150 000 à plus de 300 000 en France (education.gouv.fr) (Figure 2).

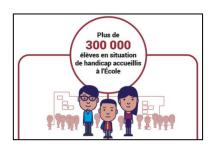


Fig.1.l'école inclusive, une priorité nationale

Des modifications de protocole d'accompagnement sont nécessaires. En effet, Les lieux pour effectuer la prise en charge ne sont pas forcément, même rarement adaptés. Par expérience, ce sont des salles de classes, l'infirmerie, un bureau, etc. qui sont mis à notre disposition. Nous manquons alors d'espace et de matériels.

## 2020 : 2<sup>ème</sup> changement de paradigme

La période de confinement nous oblige à nous adapter rapidement à ce contexte et réinventer un accompagnement efficace pour les jeunes et leur famille. Les télé-rééducations synchrone et asynchrone se mettent alors en place rapidement.



## Télé-rééducation asynchrone :

Le 17 mars a débuté le « confinement de la population » lié à la COVID 19. Cette mesure sanitaire a remis en cause le déroulement habituel des séances de rééducation. Dès le 20 mars, des vidéos en ligne sont mises en place. Le thérapeute a donc filmé des séances et le patient peut en bénéficier de facon différée au moment qu'il souhaite. Ces vidéos montrent des protocoles de rééducation à réaliser à la maison afin que les jeunes ne perdent pas les bénéfices des séances de rééducation et préservent leurs capacités motrices.

Selon le concept des objectifs et indicateurs S.M.A.R.T., les séances proposées sont :

- Spécifiques au handicap moteur et scientifiquement évaluées efficaces pour améliorer leur qualité de vie (Verschuren, 2016; Guedin, 2019; Novak, 2020).
- Mesurables : il suffit simplement d'un chronomètre et/ou de compter le nombre de répétitions pour suivre l'évolution des progrès.
- Ambitieuses et
   Atteignables : un nombre
   de répétitions est fixé en
   fonction du niveau du



La Lettre & L'Esprit du CNKS Vecteur d'idées ¥ lien des hinésithérapeutes salariés

jeune et augmente peu à peu en fonction des progrès observés au cours des séances.

- Réalistes : aucun matériel spécifique n'est demandé et des adaptations sont proposées en fonction du degré de handicap moteur.
- Temporellement définies : les séances s'adaptent à l'organisation familiale.
   Elles durent de 4 à 12 minutes, à exécuter 2 à 3 fois par semaine.

Les retours des jeunes et de leurs parents sont véritablement positifs. Cela devient même un moment de partage en famille. Et accessoirement, cela permet une remise en forme de toute la famille ©.

Dans cette société très visuelle, ces tutoriels vidéo sont plus accessibles et motivants qu'un programme écrit. Aujourd'hui, le succès de ces vidéos en ligne dépasse le cadre du DSM. En effet, elles rayonnement au niveau national avec de nombreux commentaires positifs de familles et de kinésithérapeutes qui se sont emparés de ces vidéos (plus de 12 000 vues cumulées sur les différents supports).

Voici le lien pour deux exemples de ces vidéos :

 La première vidéo montre une séance de musculation à haute intensité basée sur le protocole EMOM (Every Minute On Minute). Des adaptations sont proposées, en fonction du degré de handicap moteur, pour des squats, pompes et burpees (durée 8 minutes).



https://youtu.be/8L86nHZD c40

 La seconde vidéo montre comment faire de la rééducation avec un très jeune enfant grâce à l'adaptation d'un support ludique comme un jeu de l'oie (durée 5 minutes)



https://youtu.be/sluE\_OA9 BBw

D'un côté, ces télérééducations asynchrones sont intéressantes pour rendre autonome le patient.

D'un autre côté, elles ne permettent pas une correction individualisée des exercices : est-ce la bonne adaptation ? Est-ce que le mouvement est bien exécuté ? Est-ce la bonne intensité ? Etc. En complément à ces modalités asynchrones sont alors venues se greffées des solutions synchrones.

Télé-rééducation synchrone :

L'accompagnement est également passé en mode distancié avec des séances en télé-rééducation synchrone, c'est-à-dire où le thérapeute communique en temps réel avec le patient via une « visioconférence ».

Ce travail triangulaire « professionnel jeune - parents (aidants) » est très intéressant pour plusieurs raisons. Cette approche permet d'orienter le comportement des parents, de montrer d'autres facons d'aider leur enfant. C'est une rééducation en situation écologique, qui est particulièrement profitable pour améliorer la technique d'habillage, la mise en place d'orthèses, les transferts, l'entretien physique.

Bien que cet accompagnement personnalisé soit à distance, le confinement a renforcé le rapprochement et la collaboration entre thérapeutes et familles. Pendant cette période d'isolement, des séances de télé-rééducation sont également programmées pour des groupes d'adolescents. Cela leur permet de sortir de leur isolement : il se retrouvent,

Chis

La Lettre & L'Esprit du CNKS Vecteur d'idées ¥ lien des hinésithérapeutes salariés

échangent et de se motivent mutuellement.

Voici un exemple de télérééducation synchrone. Cette vidéo montre un exemple de rééducation d'un enfant de 5 ans avec sa maman ainsi qu'une séance d'un groupe d'adolescent (durée 2 minutes).



https://youtu.be/10ldXu8 9H5M

#### Conclusion

L'équipe du DSM PEP CBFC s'est une nouvelle fois bien adaptée à ce nouveau changement de paradigme. Cette télérééducation, qui est bien développée et implantée dans d'autres pays, est une découverte récente en France. Ce n'est pas une rééducation au rabais. Mais au contraire, c'est une façon complémentaire d'accompagner les jeunes et leur famille avec de nombreuses plus-values. Les retours positifs des jeunes et leur famille sont encourageants. Espérons que ce télésoin perdure, comme nouvel arsenal thérapeutique, dans les cas où son indication reste pertinente! David Guedin, Kinésithérapeute **DSM PEPCBFC** 

l'importance,

Parce que toute initiative a de

elle mérite selon le CNKS d'être partagée :

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

échangeons sur votre sujet : contact.cnks@gmail.com

cnks

la lettre & l'Esprit du CNKS Vecteur d'idées ¥ lien des kinésithérapeutes salariés

## **Praticoscope**

expérientiels au cœur du métier

L'accompagnement des étudiants kinésithérapeutes en stage : un « projet dédié & intégré » dans les équipes hospitalières et soutenus par les cadres de rééducation ; 3ème et dernier opus de l'expérience menée par les kinésithérapeutes du CHU de Nîmes

(opus 1 et 2 dans KINESCOPE n°5 et n°6)

Le dispositif d'accompagnement des étudiants masseurskinésithérapeutes au sein du CHU présenté de façon détaillée dans les précédents numéros se caractérise par un l'accueil de stagiaires provenant de toute l'Europe, de l'utilisation d'un carnet de suivi, de la mise en place d'ateliers et de l'utilisation de l'outil « clini-cas » c'est-à-dire de mises en situations cliniques.

Ce programme de tutorat permet aujourd'hui aux étudiants de mettre en pratique l'ensemble des 11 compétences détaillées par l'arrêté du 2 mai 2017 relatif au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute.
Cette organisation fait,
aujourd'hui, de notre CHU
un endroit de formation
intéressant, varié, cohérent
et performant. Elle a
demandé à chaque acteur,
un investissement non
négligeable mais
nécessaire. Le soutien de la
hiérarchie, l'envie des
professionnels de santé
d'avoir des étudiants investis
et l'envie des étudiants

du temps dédié à la gestion d'un projet tel que le nôtre serait idéal. Car le réel frein de ce type d'organisation est le temps logistique à maintenir toutes les activités en place, à les coordonner et à les initier tout en gardant nos autres fonctions de professionnel de terrain. Le cumul de ces deux aspects nécessite une reconnaissance spécifique.



d'être confrontés aux exigences de leur futur métier sont les piliers essentiels à un changement certain des pratiques et aussi un changement dans l'accompagnement des stagiaires.

Maintenant que ce changement est lancé et structuré, au sein du CHU, il faut le renforcer et le développer davantage encore afin de le faire entrer dans les pratiques de chacun.

La désignation de personnes « Référent Tutorat » qui possèderaient Pérenniser et améliorer la formation des étudiants et être au plus près des prescrits ministériels et donc d'améliorer la qualité des soins des patients, sont les nouveaux enjeux du projet tutorat de notre CHU.

Pour ce faire, nous devons garder le partenariat tuteurstagiaire au centre car il est efficace et performant. Nous devons continuer à proposer des mises en situations professionnelles, des ateliers qui mettent en pratique les compétences plus difficiles à observer ou à pratiquer sur un terrain de stage lisse. Nous devons

cnks

Vecteur d'idées ¥ lien des pinésithérapeutes salariés

La Lettre & L'Esprit du CNKS

encourager les partenariats interprofessionnels qui permettent aux étudiants d'enrichir leurs expériences professionnelles.

Mais il faudrait également développer des ponts entre institutions : le CHU et les centres de formation à savoir les diverses écoles, afin de permettre à chacun et avec ses propres outils de développer le potentiel de chaque étudiant.

Il faudrait mieux accompagner les tuteurs dans l'évaluation du stagiaire car actuellement, nous arrivons à développer par la pratique les compétences du (futur) masseur-kinésithérapeute mais pas forcément à faire évaluer par les tuteurs aussi finement qu'il serait souhaitable.

En effet, les 11 compétences définies par le ministère de la santé sont rédigées dans un langage trop peu explicite pour une utilisation de terrain. Il nous faudra le traduire de façon beaucoup plus opérationnelle.

Il reste donc plein de pistes de travail pour améliorer l'accueil des étudiants en stage.

Nous espérons que notre témoignage suscitera dans vos institutions cette même réflexion. Augmenter l'interaction entre tuteurs, stagiaire et autre professionnel de santé permettra de redynamiser votre environnement et remobilisera vos connaissances. C'est le pari que nous faisons.

Laurie LOUIS Kinésithérapeute Référente tutorat

Parce que toute initiative a de l'importance,

elle mérite

selon le CNKS d'être partagée

témoignez dans KINESCOPE

d'une expérience,

de votre quotidien professionnel

échangeons sur votre sujet : contact.cnks@gmail.com

cnks

la lettre & l'Esprit du CNKS Vecteur d'idées ¥ lien des hinésithérapeutes salariés

## Le rôle du sens dans la thérapeutique.

La dissociation entre le corps et l'esprit chère à Descartes et aux rationalistes, donne à voir le corps comme un ensemble d'objets bien coordonnés offrant de multiples possibilités mécaniques.

Le progrès médical s'est établi en grande partie sur cette conception et a donné naissance à une médecine de spécialistes.

La kinésithérapie est issue de cette vision et se trouve imprégnée culturellement par une relation à consonance mécanique. La partie esprit existe bien entendu avec la partie corps mais pas vraiment en fusion avec celle-ci, elle reste à côté un peu disjointe.

C'est cet interstice qui oriente le langage, la tonalité des relations entre thérapeute et patient ; c'est aussi là que se fabriquent les croyances dans la magie thérapeutique.

Il se produit alors pour le patient une perte partielle d'appropriation de son entité, il est amené à considérer à distance son corps-mécanique. La conséquence possible de cette segmentation, c'est la lenteur de la guérison voire même l'absence de guérison totale qui ne sera possible que par une démarche de résilience du patient qui sera ainsi à nouveau capable d'être une entité propre.

La dissociation c'est en fait l'absence de prise en considération du sens de la maladie ou du traumatisme pour le sujet lui-même. Quel sens donne-t-il à sa cervicalgie par exemple? L'histoire des circonstances d'apparition de la pathologie, toutes les modifications de comportement corporel mais aussi social de leurs évolutions sont intéressantes à placer sous un éclairage conscient. Qu'est-ce que signifie pour le patient cette perturbation, qu'est-ce qu'elle lui apporte?

Les réponses qu'il sera capable de produire à ces questions contribueront à modifier son terrain psychocorporel pour une réappropriation de son existence.

Du côté professionnel, il faut aussi pouvoir le dire, l'empowerment du patient reconnu par et dans la démocratie sanitaire - avec ses variables affichées de patient-expert, patient-ressource, ... a bousculé la relation patient-soignant; Qu'est-ce que signifie pour le professionnel cette perturbation, qu'est-ce qu'elle lui apporte? Déstabilisée la relation du « sachant sur la maladie », le professionnel, et du « connaissant (au sens de l'éprouvant, du vivant) la maladie » recherche un nouveau point d'équilibre.

Si cet empowerment patient est accepté aujourd'hui rien ne garantit qu'il soit pour autant admis! L'altérité est un process sensible qui nécessite de l'apprivoisement.

A l'évidence pour parfaire ce rapprochement et cette dynamique coopérative, pour redonner du sens dans la thérapeutique, ne conviendrait-il pas de proposer un dispositif d'accompagnement à la « décentration » pour les professionnels de santé ?

Mais ce travail de prise de conscience et de mise à distance dans le contexte d'une relation thérapeutique concerne les deux partenaires de la démarche, le patient et le thérapeute. Car ce dernier n'est pas un



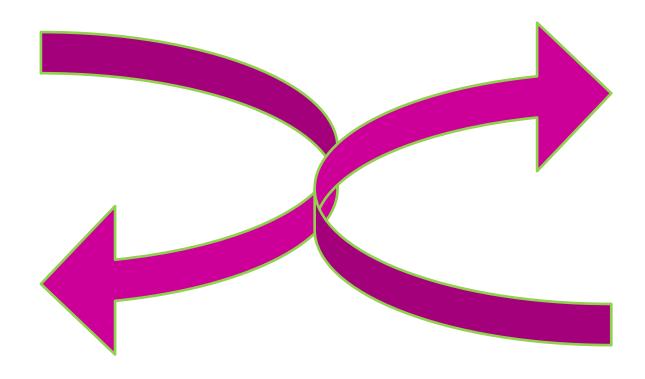
La Lettre & L'Esprit du CNKS Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

automate, distributeur de la meilleure technique, il a le savoir-faire pour répondre à la demande de rééducation mais il dispose aussi d'un savoir-être dans le face- àface thérapeutique. spontanéité de l'instant parait souvent insuffisante voire contre- productive pour dispenser la technique, la posologie elle-même reste rudimentaire souvent

relève plus de l'initiative personnelle que de règles éprouvées. Mais au-delà de la démarche technique, il y a aussi pour le patient la compréhension de ce qui se fait et l'explication qui peut lui en être donnée, ce qui suppose tout d'abord une confiance partagée pour arriver à cet échange. Il y a surtout pour chacun une signification personnelle de

ce qui se passe et qui reste de l'ordre du non-dit le plus souvent, et c'est là que peut se jouer la transformation réussie de l'acte de rééducation.

Philippe STEVENIN
Cadre Kinésithérapeute
Docteur en Sc. Éducation



la lettre & l'Esprit du CNKS

# chks

Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

## **Microscope**

dossiers au cœur du métier

Université, Universitaires, et .....Universitarisation!
Kinésithérapie
& recherche:
duité ou dualité
pour ...quoi?

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.

KINESCOPE vous propose d'en découvrir dans ce numéro quelques retours d'expériences, et attendus de collègues emblématiques : France Mourey, Thomas Rulleau, Alexandre Kubiki et Matthieu Geumann; et au travers de leurs vécus Kinéscope vous propose de commencer à entrevoir les arcanes de ce «nouveau monde» par les «parcours de combattants» de ceux, 4 parmi d'autres nombreux, qui ont parcouru ces nouveaux chemins et ouvert de nouvelles voies.

Un prochain KINESCOPE nous permettra de poursuivre cette plongée abyssale dans le labyrinthe de « l'U » avec le souci d'explorer et rapporter les risques et opportunités, les forces et les faiblesses de l'institution, des Hommes qui en sortent ou y restent et d'un process en marche pour la profession.



la lettre & l'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées ¥ lien des hinésithérapeutes salariés



### France Mourey

Masseur-kinésitherapeute Professeure des Universités ;Laboratoire CAPS (Cognition, Action, et Plasticité Sensorimotrice), UMR INSERM 1093.

### L'université : le nouveau monde pour les kinésithérapeutes

« L'avenir est un présent que nous fait le passé ». André Malraux

C'est en relisant cette phrase d'André Malraux, que m'est venue l'idée de vous parler de la manière la plus brève possible de mon parcours pour appuyer, justifier donner sens, peut être, à quelques réflexions sur l'avenir de la masso-kinésithérapie.

Fraichement diplômée, j'ai commencé à exercer comme Masseur-Kinésithérapeute en 1976. Après les remplacements d'usage, j'ai débuté en CHU de Dijon avec un temps partagé entre un service de soins externes et un service de rhumatologie. Les conditions étaient idéales pour compléter mes connaissances tant au plan technique qu'au plan relationnel. Après trois années de cet exercice riche en tous points, j'ai intégré l'école de Bois Larris qui à l'époque préparait à un diplôme dit de moniteur-cadre. Ce fut une expérience merveilleuse qui me permit d'approfondir les pratiques, travailler la pédagogie, découvrir la recherche et faire de belles rencontres. Au terme de cette année je suis rentrée au CHU au sein du centre gériatrique de Champmaillot, pas encore un pôle, et pas encore structuré en filière mais déjà un lieu d'excellence pour une discipline naissante. C'était l'époque où se finalisait la transformation de l'hospice en long séjour, où venait de s'ouvrir l'un des premiers courts séjours gériatriques de France et où se créaient des moyen séjours gériatriques.

J'ai eu la chance d'arriver dans une équipe dynamique porteuse de valeurs et d'une culture gériatrique naissante dans une vision interprofessionnelle et visionnaire de la révolution démographique qui se préparait.

Là, j'ai commencé à associer une pratique clinique, des enseignements multiples et un travail de recherche clinique. Les connaissances en gériatrie étaient encore balbutiantes mais nous avons d'emblée œuvrer pour une recherche translationnelle allant sans cesse de l'observation clinique à une recherche plus ou moins finalisée.

Dans les années 90, un DEA portant sur les techniques appliquées à la rééducation s'ouvrant à Dijon, j'ai demandé mon inscription. Mon intégration n'a pas été très aisée à une époque où ces formations avaient été créés pour les médecins qui souhaitaient réaliser une thèse de science devenue nécessaire pour envisager une carrière universitaire. La présence au sein de cette formation d'une kinésithérapeute était totalement anachronique. Ce diplôme de niveau du master d'aujourd'hui me permit de faire mes premiers pas en recherche expérimentale et mes premières publications internationales mais bien évidemment ne changea rien à mon statut de cadre hospitalier.

Ce n'est que quelques années plus tard que j'ai entamé un doctorat dans un laboratoire d'analyse du mouvement en création, au sein de l'UFR STAPS de Dijon. La faisabilité de réaliser cette thèse tout en poursuivant mon activité me semblait hasardeuse mais l'idée de travailler au long cours sur la motricité du sujet âgé était trop tentante. Après 3 années passionnantes, soutenance passée j'ai poursuivi mon travail de cadre de santé, d'enseignement et de recherche grâce au soutien de l'équipe gériatrique et du Pr Pierre Pfizenmeyer.

La Lettre & L'Esprit du CNKS



des kinésithérapeutes salariés

Ce n'est que plus tardivement que j'ai présenté mon Habilitation à Diriger la Recherche. En 2009, mon activité se rapprochant de plus en plus de celle d'un enseignant-chercheur, la compatibilité avec mon activité de cadre hospitalier devint discutable. A cette époque on était encore loin d'imaginer des postes bi-appartenants et je demandai ma qualification comme Maitre de Conférences.

C'est à ce moment-là que je suis arrivée à l'université d'abord rattachée à l'UFR Santé puis nommée Professeure des Universités au sein de l'UFR STAPS avec une activité recherche au laboratoire INSERM 1093.

Il m'est donc possible aujourd'hui de me retourner sur ce parcours et de regarder l'universitarisation avec confiance malgré les craintes et les freins qui émergent.

L'année 2019 a marqué une évolution importante dans l'histoire des professions paramédicales avec la création de sections du Conseil National des Universités permettant officiellement à des professionnels paramédicaux ayant réalisé un cursus universitaire d'être qualifié comme maitre de conférences et professeur des universités.

Cette section 91 des sciences de la rééducation et de la réadaptation, que je préside, est interdisciplinaire (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, professionnels des activités physiques adaptées à la santé, ...) et fait partie des sections de santé (mono-appartenants).

Malgré cette évolution très importante permettant une véritable reconnaissance des champs de recherche mais aussi des professionnels, il faut souligner que les inscriptions en doctorat, encore aujourd'hui,

ne peuvent se faire qu'à travers des filières existantes et non spécifiques.

À l'aube de cette nouvelle étape, il me semble nécessaire d'interroger les pistes d'évolution. Il faut insister sur l'idée essentielle que travailler au caractère opérationnel de cette grande évolution ne doit en aucun cas creuser le fossé entre la recherche et les pratiques, les cliniciens et les futurs enseignants chercheurs.

Les instituts de formation forment des étudiants qui seront pour la grande majorité d'entre eux des praticiens. Mais ce métier exercé ne pourra être valorisé que grâce à l'augmentation permanente des connaissances en lien avec la recherche et cela au service d'une amélioration des pratiques. Un petit nombre de ces étudiants, initiés en formation de base, peuvent décider de poursuivre avec un master 2 et un doctorat.

Alors les questions se posent : Faut-il abandonner la pratique ? Faut-il devenir chercheur fondamentaliste? Est-il possible de faire de la recherche clinique loin des pratiques de soin ? Comment participer à la recherche lorsqu'on est kinésithérapeute libéral?

Du côté de l'université, le choix a été fait de postes mono-appartenants. Les postes d'enseignants-chercheurs sont et seront rares mais permettent cependant d'assoir les sciences de la rééducation et de la réadaptation et de finaliser le processus d'universitarisation de la formation avec une meilleure reconnaissance des sciences de la rééducation et de la réadaptation.

Du côté de l'hôpital, la question est celle de pouvoir envisager un statut spécifique pour les praticiens souhaitant, en lien avec les directions de recherche clinique, continuer à avoir une activité clinique tout en ayant une activité de recherche. La question est celle

la lettre & l'Esprit du CNKS

d'un statut pour les docteurs en sciences dans la fonction publique hospitalière.

Partout aujourd'hui en région comme à Paris des initiatives se concrétisent pour créer des départements, des laboratoires, avancer sur la modification des fonctions et des statuts et développer des programmes de recherches dans lesquels collaborent des kinésithérapeutes salariés et libéraux. Les décisions politiques et budgétaires s'appuieront sur ces modèles locaux

Pour avoir à travers mon parcours travaillé de longues années en milieu hospitalier, découvert tardivement le monde universitaire et poussé les portes des laboratoires je crois que les rééducateurs et particulièrement les kinésithérapeutes ont devant eux des perspectives stimulantes et des possibilités d'évolution. La cohabitation de différents statuts me semble souhaitable permettant de faire émerger la créativité et l'apparition de nouveaux métiers.



- 1976 DE MK Dijon
- o 1980 MCMK Bois Larris
- 1990 DEA en Sciences et techniques appliquées au handicap et à la réadaptation. Faculté de Médecine de Dijon,
- 1997 Doctorat de l'Université de Bourgogne Sciences de la Vie. 1997
- o 2006 Habilitation à Diriger la Recherche



Vecteur d'idées ¥ lien des hinésithérapeutes salariés

### **THOMAS RULLEAU**

Kinésithérapeute, PhD, Ingénieur de recherche en Centre Hospitalier

## Opportunité d'une fonction et d'un statut de « praticien chercheur »

Depuis une quinzaine d'années, j'ai la chance d'exercer la kinésithérapie, alternant l'activité libérale et salarié, cherchant des réponses cliniques à des situations difficiles. Il y a maintenant une dizaine d'année, une lecture très impactante m'a amené à réfléchir sur le sens des réponses recherchées, sur l'objectif de savoir poser de bonnes questions avant que de chercher des réponses, sur le sens de notre action clinique, et sur la façon dont l'amélioration clinique objectivement mesurée pouvait être liée à d'autres facteurs que notre action de clinicien<sup>1</sup>. Cette lecture m'a amené à reprendre des études universitaires en master pour apprendre à consommer de la recherche (cf. ci-dessous).

Une fois dans cette aventure humaine, la bienveillance de ma directrice de master (Merci encore Luce !!!) et l'esprit collaboratif de l'équipe de recherche fondamentale (UMR - CNRS 7291) m'a incité à pousser plus loin ma passion débutante pour la recherche. Tout en gardant une activité clinique (à 100%), j'ai pu continuer en thèse de sciences pour obtenir un doctorat en STAPS-Cognition.

Mes recherches m'ayant poussé à développer mon réseau professionnel, le

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Harman, S Why do ineffective treatments seem helpful? A brief review. Chiro & osteo, 2009.

la lettre & l'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées ¥ lien des kinésithérapeutes salariés

responsable (merci aussi Jérôme !!!) de l'Unité de Recherche Clinique de l'hôpital de référence de mon département m'a alors proposé un poste mixte avec une activité clinique de kinésithérapie (60%) et une activité d'ingénieur de de recherche clinique (40%).

Mes semaines se décomposent en demijournée où j'exerce une activité de kinésithérapeute en court séjour gériatrique, et une activité de développement et coordination d'études cliniques (poser le rationnel d'une bonne question de recherche, rechercher les moyens financiers, vérifier les moyens pratiques et logistiques de la mise en œuvre, suivre et participer à l'étude, valoriser les résultats). Nous avons pu développer quatre études cliniques que je coordonne actuellement, une est terminée et nous en exploitons les résultats.

Deux projets sont en cours de développement.

En parallèle, je continue la recherche fondamentale en partenariat avec mon ancien laboratoire de thèse et un réseau de recherche. Nous allons voir comment cette démarche personnelle vient à point dans une démarche collective de notre profession et plus largement des professions encore appelées paramédicales.

Depuis quelques décennies, nous avons eu la chance d'assister à l'émergence d'une recherche paramédicale. Elle s'est matérialisée par la création de prix pour récompenser les initiatives, de programmes d'accompagnement des paramédicaux vers des cursus universitaires, et surtout d'un financement dédié par la direction générale

de l'offre de soins, le Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédical.

Les impacts de cette évolution sont multiples et amène la question de la fonction de chercheur pour un praticien de terrain, avec du temps dédié spécifique en complément de son activité clinique.

En premier lieu, elle oblige une évolution des compétences des professionnels de terrain vers la pratique basée sur les preuves (Evidence Based Practice - EBP) pour les kinésithérapeutes etc. En effet, les évaluations des pratiques professionnelles sont maintenant ancrées dans les habitudes. Si le professionnel se pose une question pratique, il recherche dans la littérature scientifique une réponse et l'implémente à sa pratique dans l'intérêt du patient. Cette compétence est intégrée pour les jeunes praticiens issus de la formation réformée, avec des UE27 et 28 tournées vers la consommation de la recherche et l'initiation à la recherche. Il est cependant nécessaire de former les autres professionnels, jeunes et plus expérimentés, à « consommer » cette littérature scientifique (poser une bonne question et équation de recherche, identifier les bases de données bibliographique, les mots clefs, et faire une lecture critique des articles).

Néanmoins, il arrive que la réponse ne soit pas dans la littérature, comment y répondre ?

Le second impact de cette évolution est de permettre aux paramédicaux de pouvoir poser des questions de recherche en lien avec leur pratique clinique. En effet, jusqu'à maintenant, un professionnel paramédical se

chks

Vecteur d'idées ¥ lien des kinésithérapeutes salariés

La Lettre & L'Esprit du CNKS

posant une question pratique avait peu de moyens ni de structures permettant de répondre à sa question. Ainsi, les prix, bourses, soutiens des structures et financements de programme de recherche sont une opportunité pour les professionnels, en intra-disciplinaire comme en interdisciplinaire. On notera que cette opportunité est aussi présente pour les structures qui peuvent ainsi prétendre aux crédits « missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation » (crédits MERRI) afin de financer leur investissement. Le centre hospitalier d'accueil aura donc un retour sur investissement important pour l'encourager dans sa démarche de développer des activités de recherche.

Le dernier point remarquable est en lien avec l'évolution des formations paramédicales. En effet, la création de nouvelles sections du Conseil National des Universités en sciences de la rééducation et réadaptation (91) signe l'arrivée de nouveaux professionnels formés à haut niveau pour la recherche (doctorat), qui pourront mieux accompagner les formations initiales d'une part mais aussi les acteurs de et sur le terrain dans ce développement de la recherche clinique paramédicale.

Nous voyons déjà la complémentarité entre un recherche plus axée fondamentale apportée par les universités et une recherche plus axée clinique apportée par le terrain, l'une se nourrissant de l'autre et inversement, dans un cercle vertueux au bénéfice final des patients.

Ces trois éléments amènent donc à la possibilité pour un kinésithérapeute de terrain formé pour la recherche (doctorat), d'avoir un temps dédié à une activité de recherche. Il devient donc, de fait, praticien-chercheur, au bénéfice de ses patients et son équipe (développement de l'EBP), de sa structure (crédits MERRI) et de la profession.

Depuis quelques semaines, un décret récent<sup>2</sup> permet l'intégration des titulaires d'un doctorat de sciences à un statut d'ingénieur hospitalier dans la fonction publique hospitalière (FPH). Cette reconnaissance est, à notre connaissance, la première pour un cursus de chercheur statutaire dans la FPH et pourrait servir de base à une reconnaissance plus spécifique des praticiens-chercheurs pour « transformer l'essai ». En effet, que deviendrait un kinésithérapeute impliqué dans un programme de recherche sur quelques années à la fin de ce programme ? il a été formé, impliqué, a gagné en compétence. Retourne-t-il à une activité purement clinique malgré ces compétences fortes chèrement acquises? Nous pouvons donc souhaiter que la création de postes d'enseignantchercheur universitaire s'accompagne de création de postes de praticien-chercheur au statut spécifique. Cette reconnaissance d'un double cursus, paramédical et doctorale, permettra de professionnaliser cet investissement des structures et des professionnels aux bénéfices directs de la recherche, des praticiens, des patients mais aussi des structures. La diversification d'activité des professionnels, on le sait, est un facteur notable de la fidélisation voire en amont de l'attractivité, mais les structures pourront de plus bénéficier des crédits

<sup>&</sup>lt;sup>2 2</sup> https://www.snsh.info/2020/08/18/arrete-du-13-aout-2020-relatif-aux-modalites-dorganisation-de-lepreuve-adaptee-pour-les-titulaires-dun-doctorat-candidats-aux-concours-pour-lacces-aux-corps-des-ing/

la lettre & l'Esprit du CNKS

MERRI inhérents à ces activités de recherche.

A l'avenir, l'évolution finale de ces deux statuts (enseignants-chercheurs universitaires, et praticiens-chercheurs hospitaliers) est, de fait, la fondation de biappartenant. Ce double statut existe déjà pour les médecins, pharmaciens et odontologue dans les maitres de conférences universitaires -praticiens hospitaliers et professeurs des universités – praticiens hospitaliers et doit être adapté aux kinésithérapeutes.



2017-aujourd'hui : Ingénieur de Recherche Clinique -Kinésithérapeute, 40% à l'Unité de Recherche Clinique et 60% en rééducation

2015-2017 : kinésithérapeute libéral

2010-2015 : kinésithérapeute salarié dans un hôpital local

2005-2010 : kinésithérapeute libéral

Cursus estudiantin:

2019 qualification aux fonctions de maitre de conférences en sciences de la rééducation et réadaptation (CNU91) 2018 qualification aux fonctions de maitre de conférences en STAPS (CNU 74)

2017 Docteur en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives - Cognition sous la direction du Pr. Lucette Toussaint : « Application clinique de l'imagerie motrice en rééducation »

2013 Master 2 en Ingénierie de la Rééducation, du Handicap et de la Performance Motrice (Le Mans-Poitiers)

2005 Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute (Berck/Mer)



Vecteur d'idées ¥ lien des hinésithérapeutes salariés

## **Alexandre KUBIKI**

Kinésithérapeute, PhD Enseignant Chercheur, Directeur IFMK

« Pour devenir habile en quelque profession que ce soit, il faut le concours de la <u>nature</u>, de <u>l'étude</u> et de <u>l'exercice</u> » Aristote.

On peut entendre beaucoup de chose de cette citation. Voilà ce que j'en entends pour ma part : *l'exercice*, c'est l'entraînement des compétences du kinésithérapeute sur le terrain de l'action. Un kinésithérapeute « *en exercice* » s'exerce pour entretenir et développer des compétences.

L'environnement de travail représente la nature, c'est-à-dire le contexte dans lequel le kinésithérapeute exerce. Ce contexte peut favoriser ou au contraire compromettre l'exercice de la profession, comme nous l'a rappelé la première vague de COVID-19. Les besoins de la population sont au cœur de cette question du contexte. Ces besoins sont si importants qu'ils ne devraient pas constituer un frein. Cependant, ils doivent être mesurés par les pouvoirs publics, en vue de donner les moyens aux professionnels d'exercer. Notre sécurité sociale représente ce moyen. Mais sur quels éléments repose l'analyse de ces besoins et donc le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) ? En théorie, il devrait reposer sur les résultats scientifiques permettant d'évaluer l'intérêt des approches thérapeutiques. D'une certaine façon, cette analyse pourrait être rapprochée de l'étude d'Aristote. La Kinésithérapie aurait ainsi à étudier sa propre efficacité pour justifier son financement d'État.

cnks

Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

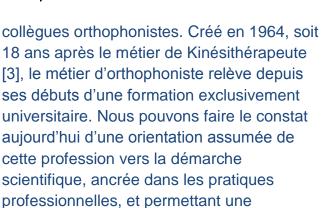
La Lettre & L'Esprit du CNKS

Pourtant, lorsqu'il est nécessaire de justifier l'intérêt de la kinésithérapie auprès des décideurs, les kinésithérapeutes français sont amenés à argumenter à l'aide de publications internationales dont l'origine est rarement française. Ainsi avons-nous argumenté récemment pour l'exercice kinésithérapique auprès de patients âgés fragiles en utilisant des ressources australiennes [1] ou encore néerlandaises [2] entre autres, mais aucune étude française n'a pu être utilisée. Il en est de même dans d'autres champs de pratiques de la kinésithérapie. Avoir une recherche française ne relève pas d'une tendance chauviniste, mais simplement de l'idée d'une adéquation entre les résultats de la recherche et le fonctionnement d'un système de santé à l'échelle nationale. Au même titre que ce qui fonctionne avec un groupe de patients ne fonctionne pas toujours avec une seul patient, ce qui fonctionne en Australie n'a pas la garantie de fonctionner de la même manière en France.

Pour assumer ce travail colossal de production de savoirs en lien avec l'efficacité des approches kinésithérapiques, il faut des enseignants-chercheurs rattachés à des laboratoires de recherche, donc au sein des Universités Françaises. Nous pouvons nous féliciter collectivement de la création de la section 91 du Conseil National des Universités (CNU), qui rassemble plusieurs professions de rééducation pour qualifier les futurs enseignants-chercheurs qui alimenteront le dynamisme scientifique français en rééducation. La voie « académique » représente donc un des objectif que peuvent se fixer les kinésithérapeutes lorsqu'ils ou elles sont intéressé.es par la recherche. Cependant,

cette voie est -à ce jour - exclusivement universitaire. Cela signifie que les enseignants-chercheurs recrutés à l'Université n'auront pas un double statut Hospitalo-Universitaire et ne pourront donc pas statutairement exercer une activité clinique partagée avec une activité scientifique universitaire. Il est donc nécessaire de laisser de côté l'activité clinique pour s'engager à l'Université dans ce contexte. Peu d'entre nous sont prêt à faire ce sacrifice. Pourtant, un autre enjeu se cache derrière la création de ce vivier d'enseignants-chercheurs à l'Université : celui de l'Universitarisation des études de kinésithérapie. Si le mot n'est pas très agréable à prononcer, il représente la nécessaire transition vers un enseignement par et pour la recherche dont la profession a besoin, sans pour autant sacrifier son excellence technique. Une filière universitaire n'a en effet aucune obligation de choisir entre théorie et pratique, la professionnalisation est possible à l'Université. Pour illustrer cette affirmation, nous pourrions prendre l'exemple des physiothérapeutes canadiens, inscrits à l'Université depuis 1929. Développant leur propre raisonnement basé sur la recherche. ils ont su très tôt se démarquer de leurs prescripteurs médecins, et sont depuis de 1990 en accès direct pour la population. L'exemple des physiothérapeutes Australiens est également intéressant. Leur formation est exclusivement universitaire et ils sont aujourd'hui, avec les nordaméricains, les plus grands producteurs de connaissance en physiothérapie. Ce pays est également en accès direct, depuis 1978. Mais puisque notre système de santé est difficilement comparable à celui de ces deux pays, prenons l'exemple « local » de nos

la lettre & l'Esprit du CNKS



production de savoirs relativement indépendante du monde médical.

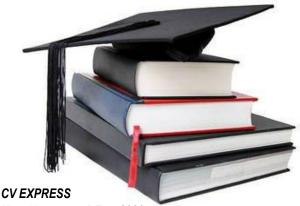
L'étude permet donc d'argumenter sur l'intérêt de la thérapeutique, mais pas seulement. Dans un monde ou plus de 13000 publications sont indexées sur la base de données Pubmed chaque année avec le terme « physiotherapy », le kinésithérapeute doit avoir la capacité de suivre l'évolution des pratiques s'il souhaite maintenir un exercice basé sur les preuves [4]. Chaque professionnel devrait donc étudier les innovations des pratiques, c'est-à-dire en prendre connaissance avec le recul nécessaire à l'élaboration de savoirs « flexibles », par opposition à un savoir ancré, dogmatique, qui ne saurait évoluer au fil du temps [5]. En France, comme dans d'autres pays, cette prise de recul est souvent confiée au « formateur » dans le cadre de la formation continue. Si beaucoup de ces formateurs.trices assument ce rôle avec sérieux, combien sont universitaires ou familiers de la démarche scientifique ? Nous pourrions poursuivre avec les influenceurs des réseaux sociaux, qui comme leur nom l'indique parviennent à faire évoluer les pratiques par leur communication efficace. Pour autant, devons-nous leur confier aussi largement les rênes de l'évolution de notre profession?



Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

Il existe aujourd'hui un espace entre les kinésithérapeutes de terrain et les quelques enseignants-chercheurs universitaires qualifiés par la section 91 du CNU. Cet espace ne devrait-il pas être occupé par des praticiens-chercheurs ou des chercheur-praticiens, connectés à la fois à la pratique et aux laboratoires de recherche. Pourrons-nous faire évoluer le caractère mono-appartenant de cette section 91 du CNU? C'est à mon sens l'enjeu de notre combat pour l'Universitarisation, et c'est aussi celui qui devrait permettre de poursuivre l'effort initié dans la qualité de la formation initiale et continue dont bénéficie notre profession.

- 1. Kamon et al, A Cost-Effectiveness Model for Frail Older Persons: Development and Application to a Physiotherapy-Based Intervention, Applied Health Economics and Health Policy. 15: 635–645, 2017
- 2. Olij et al, Economic Evaluations of Falls Prevention Programs for Older Adults:
- A Systematic Review. J Am Geriatr Soc 66:2197-2204, 2018.
- 3. https://fno.fr/ressources-diverses/histoire-de-lorthophonie/
- 4. Sackett et al, Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13;312(7023):71-2, 1996
- 5. Wittgenstein, Über Gewissheit, § 1, Oxford, Basil Blackwell, 1969, trad. Jacques Fauve, Paris, Gallimard, 1976



Kinésithérapeute DE en 2006,

Activité libérale jusqu'en 2009 avec Master APA.

Doctorat de 2009 à 2012 sous la direction de Pr France Mourey («
Vieillissement et contrôle moteur. Vers une rééducation des
capacités prédictives »).

Kinésithérapeute en HdJ gériatrique (CHU Dijon) en parallèle d'un post-Doctorat

2016 à ce jour Directeur IFMK Montbéliard. Chercheur associé Habilité à Diriger la Recherche, laboratoire INSERM U1093 puis EA481 (Université de Bourgogne Franche-Comté).

La Lettre & L'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

### **#** MATTHIEU GUEMANN

Kinésithérapeute, PhD, Post Docotrant CNRS, Président de la SFP

Du point de vue d'un (étudiant) universitaire évoluant dans les sciences fondamentales ou toute autre filière intégrée depuis de nombreuses années à l'Université, mon parcours n'a rien de particulier. On pourrait même entendre dire que j'ai pris mon temps et que passer sa thèse de sciences à 30 ans est un peu tard. Mais notre formation à ses particularités où chaque parcours est différent.

Pour résumer le mien, j'ai été diplômé en 2011, et j'ai enchaîné sur un Master à Paris VI de septembre 2011 à Juin 2013. J'ai pris le temps de faire le M1 qui me paraît essentiel pour (i) prendre la température du master et (ii) préparer son projet de M2. J'ai continué de travailler à mi-temps en libéral pendant toute la durée du master jusqu'au stage de M2 où je suis parti au Canada. À cette période. l'Université était pour moi LA solution pour me permettre de voyager pendant mes études. J'ai pu concrétiser ce projet avec une expérience de 6 mois dans un centre de rééducation intégrant un laboratoire de recherche et affilié à l'école de Physiothérapie de Montréal. Cette expérience a été pour moi, décisive.

Après cela, je souhaitais rentrer en France, faire de la recherche en réadaptation, et m'investir pour la profession afin de développer autant que possible ce modèle dans notre système. Une fois rentré et après avoir exploré différentes pistes de laboratoires travaillant dans le domaine de l'amputation du membre supérieur – les nouvelles technologies – et la réhabilitation, j'ai pu échanger avec le service de santé des armées. Les équipes médicales

m'ont alors orienté vers un laboratoire bordelais (INCIA) où une équipe travaillait sur les problématiques du contrôle moteur des suites d'une amputation. J'ai alors repris un Master 2, refait un stage de 6 mois au sein de ce laboratoire dans le but de (i) sonder l'ambiance (c'est très important) et (ii) de préparer le dossier de financement et le concours pour l'obtention d'une bourse de thèse.

Financement en poche, j'ai effectué ma thèse de sciences intitulée « vers un contrôle sensori-moteur bio-inspiré des prothèses myoélectriques du membres supérieur » au sein de cette équipe de septembre 2016 à décembre 2019. Suite à cela j'ai décroché un contrat postdoctoral que j'effectue en ce moment qui me permets de continuer de travailler sur mes projets. A présent, j'envisage de postuler dans les filières accessibles pour un chercheur dans le secteur public c'est-à-dire tout ce qui se rattache aux Universités et aux structures de recherche (CNRS-INSERM-INRIA...).

Lors de la construction d'un parcours Universitaire il est essentiel de comprendre l'écosystème dans lequel on évolue et d'anticiper différentes actions afin d'être certains de s'épanouir et de ne pas se perdre en chemin. La stratégie idéale est de connaître son domaine de prédilection assez tôt en identifiant les différents laboratoires et chercheurs qui exercent dans le domaine. Cela permet bien cibler le master à intégrer en fonction des connaissances et compétences à acquérir et de cibler le stage de M2 (6 mois). Ce stage devient alors une opportunité pour (i) travailler avec les personnes ressources (ii) se familiariser avec la recherche in situ et (iii) éventuellement préparer un projet de thèse. Il

cnks

Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

La Lettre & L'Esprit du CNKS

faut en être conscient, les concours pour l'obtention des bourses doctorales se font tôt et sont compétitifs.

De fait, ce genre de parcours demande un degré d'investissement et de sacrifices assez important. Il faut accepter d'être mobile pour aller là où les équipes de recherches travaillent, accepter de diminuer voire d'arrêter de travailler comme clinicien, et bien évidemment éviter toute prétention salariale trop élevée. Toutefois, de nombreux avantages découlent de ce choix de carrière. Nous sommes en permanence entrain de rencontrer et d'interagir avec des professionnels passionnés, nous ne cessons jamais d'apprendre, notre capacité de synthèse est en permanence stimulée, et les projets auxquels nous participons nous emmènent toujours plus loin que nous le pensions.

Ce qui m'a particulièrement séduit dans la démarche scientifique et ce qui a orienté mon choix vers une carrière de recherche, ce sont les défis à relever. Partant d'une problématique clinique et d'un besoin d'amélioration de la qualité de vie des patients, il nous faut tout mettre en place pour (1) mieux comprendre les fondements (neuro)physiologiques / biomécaniques qui causent ces troubles et (2) réfléchir à la meilleure facon d'évaluer une hypothèse clinique ou thérapeutique. Ce travail nécessite une proximité et une collaboration importante avec des ingénieurs, des cliniciens ainsi que d'autres chercheurs. C'est donc toute une équipe qui se construit autour d'un projet qui, s'il va au bout, permettra d'améliorer et de valider les techniques/technologies mises en place dans la réhabilitation du patient.

Une autre particularité de la recherche est que la journée type n'est jamais définie. L'activité évolue en fonction du calendrier des appels à projets, des périodes de stages, des « manip » à réaliser, de l'enseignement, de la rédaction d'articles etc... Il est important d'être organisé et faire preuve de flexibilité et d'adaptation.

Comme beaucoup de chercheurs, l'engagement professionnel rime avec un engagement pour le développement des savoirs et cela passe par le biais des sociétés savantes. C'est donc tout naturellement que j'ai rejoint la Société Française de Physiothérapie (SFP) dès l'obtention de mon diplôme, me permettant notamment de participer aux congrès internationaux de la profession et de rencontrer des cliniciens, chercheurs, et enseignant exceptionnels.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur et la responsabilité de porter ces valeurs de collaboration, de réflexion, d'analyse et de méthode pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles au sein de la SFP, en tant que président. Cette Association/Société Savante, rassemble 13 associations partenaires et 6 groupes d'intérêt avec des champs d'expertises allant de la neurologie au maxilofacial, en passant par la thérapie manuelle, la pédiatrie, le vestibulaire et bien d'autres. L'objectif de la SFP est de permettre à tous professionnels de participer activement à l'évolution de la profession, de produire et de partager les savoirs sur lesquels se basent notre pratique.

Si vous aimez les challenges et que vous avez cette énergie en vous pour mener des projets tout en étant continuellement en train d'apprendre, une carrière de recherche

la lettre & l'Esprit du CNKS

pourrait correspondre à vos attentes. De plus en plus de postes vont s'ouvrir grâce notamment à la Section 91 (sciences de la réadaptation) du Conseil National des Université (CNU).



Vecteur d'idées & lien des hinésithérapeutes salariés

Un besoin grandissant d'enseignantschercheurs, de praticiens-chercheurs, de praticiens-enseignants-chercheurs, mais aussi de chercheurs, enseignants et praticiens « tout court » ayant un diplôme de 2ème et/ou 3ème cycle, va voir le jour et permettra à la profession une émancipation déjà bien commencée.

POUR UN STATUT HOSPITALO-U pour les PRATICIENS-CHERCHEURS kinésithérapeutes & paramédicaux »

En réponse à Philippe Morlat conseiller au cabinet du minstre de la santé qui indique sur son fil tweeter :

Lancement ce matin du groupe de travail «Attractivité des carrières HU » L'ensemble de la trajectoire sera revisité. La concertation s'étendra aux représentants d'internes et CCA/AHU. Les fédérations seront naturellement associées. Restitution prévue aux ministres fin mars 2021 »

### le CNKS:

« A poursuivre en ouvrant -au delà de la mesure 5 du #SegurdelaSanté qui ne parle que d'enseignants-chercheurs une concertation sur 1 statut Hospitalo-U pour les kinésithérapeutes (& paramédicaux) praticiens-chercheurs ; c'est eux qui feront évoluer pratiques, métier et attractivité/fidélisation pour l' #Hopital

@olivierveran @MinSoliSante @RobillardJerome @AurelieFRANC @laFHF @syfmer @sup\_recherche @uiparm

La Lettre & L'Esprit du CNKS



des kinésithérapeutes salariés

## Lexicoscope: une nouvelle rubrique

## Ouvrir le(s) champ(s) des possibles

La planète, le monde, les nations et les états s'emballent...le monde de la santé, les médecins et les paramédicaux s'emballent...dans l'imprévisibilité virale de la maladie, de l'information, de la communication, de l'organisation. En clôturant la trilogie « intention, geste et trace » des JNKS 2018-2020 et en projetant celle des JNKS 2021-2023 autour de « Praticiens -Pratique - ... » le CNKS reconvoque et invite les collègues salariés à explorer de novo « nos terres, nos champs et nos cultures ».

Par-delà le début de reconnaissance universitaire et au-delà des indispensables questionnements sur l'utilité sociale et l'utilité médico-économique pour valoriser à son juste niveau le métier de kinésithérapeute hospitalier il nous faut, pour ouvrir les champs des possibles, (se) rappeler voire refonder les valeurs qui font l'essence de notre profession et de ses divers métiers; il nous faut ancrer ces dernières dans un dispositif contributif et collectif au service des bénéficiaires ; il nous faut lier et relier ces dernières dans un dispositif collectif et participatif du bien-être et de la pleine réalisation des acteurs de santé ; il faut rechercher, retrouver et redonner du sens.

Dans cette perspective le CNKS entreprend lui aussi de redéfinir son projet associatif, d'ouvrir et/ou ré-ouvrir des dossiers, de solliciter plus encore par enquêtes, groupes de travail et soirées thématiques (STKS), les collègues salariés des établissements hospitaliers publics et privés, des SSR ... Entre autres Attractivité, Accueil Stagiaires, Pratique Avancée, Praticien Chercheur, Universitarisation, RPS - burnout - stress post traumatique, et la délicate question des assistants de soins de rééducation, sont au menu des mois à venir.

Mais au-delà de sa vocation didactique déjà mise en ses STKS, de son site et de désormais dans cette éléments bruts, les clefs et éventuellement nécessaires



originelle de mise en perspective et œuvre par le biais de ses JNKS, de KINESCOPE, le CNKS s'efforcera d'apporter les nouvelle rubrique outils autres de décryptage à une meilleure appropriation de

« l'écologie professionnelle \* » au sens large du terme et plus particulièrement appliquée au métier de kinésithérapeute salarié, hospitalier... Deux items nourriront cette rubrique : « Les maux des mots » de type billet d'humeur et « l'essentiel » de type juridico-réglementaire et sociologique.

Opportunément et conjoncturellement nous pourrions d'emblée interroger « premier recours », « première intention » et « accès direct » ; trois locutions souvent, trop souvent,

La Lettre



Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

& L'Esprit du CNKS

employées l'une pour l'autre ... par souci d'éviter la répétition, ou par croyance d'une synonymie parfaite ou par ignorance étymologique, sémantique, voire juridique. Ces « fusions » involontaires, ou pas, conduisent souvent, trop souvent, à la confusion! Sommes-nous, nous kinésithérapeutes salariés (mais libéraux aussi peut être) ou cadres kinésithérapeutes salariés, et nos collègues titulaires de diplômes universitaires master et doctorat de sciences, parfaitement au clair des subtiles distinctions (le diable étant dans les détails) qui rassemblent ou opposent ces 3 expressions tellement employées dans les discours, cours... qui à juste titre prônent une reconnaissance et une valorisation de nos métiers salariés et libéraux, de la profession ?

D'ailleurs qu'en est-il de notre compréhension du distinguo entre « profession » et « métier » ? Entre « plan de carrière » et « déroulement de carrière » ? Entre « doctorat d'exercice » et « doctorat de sciences » ? Entre « mission » et « fonction » et « rôle » ... ? Entre pratique « courante », « orientée », « exclusive », « experte », « spécialiste »... Ou encore « pratique avancée » (la récente enquête du CNKS montrant bien la difficulté des MKs salariés en tous cas à distinguer ces termes).

Rendez-vous est donc pris dans les prochains numéros de KINESCOPE mais aussi sur le site

www.cnks.org pour cette (re)découverte d'un domaine « écologique » de la profession et de ses métiers :

un domaine (ou champ ou discipline .. ??) souvent, trop souvent, passé(e) au deuxième, pour ne pas dire dernier plan, tant en formation initiale que dans le quotidien de nos exercices professionnels;

des exercices professionnels qui, s'ils ont été formidablement enrichis de sciences fondamentales dures et désormais de celles de la rééducation-réadaptation, manquent encore

cruellement d'un enrichissement de sciences sociologiques et politique.



La liste est longue et augure de matière à articles pour cette rubrique que nous inaugurons par la réédition du billet d'humeur « les maux des mots » déjà parue dans BIIP de l'UIPARM en janvier 2000 et sur Manager en santé février 2020. 20 ans, 20 ans déjà ... et toujours « d'actualité

La Lettre & L'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées 4 lier des hinésithérapeutes salariés

## Les maux des mots **exicoscope**:

### Bienvenue dans le monde de la santé

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

Et au-delà du jargonnage médico-scientificotechnique, l'étonnante polysémie des mots de la langue française conduit à bien des vicissitudes, à nombre d'incompréhensions.

## "Traduttore, traditore": le traducteur est un traître!

Il en va ainsi de nombres d'expressions et de mots employés à tort et à travers, les uns pour les autres ; devenus cependant quasi familiers du langage courant la remise en question de leur emploi – mal à propos – paraît souvent tout aussi déplacée ...

Et pourtant ... !! les maux des mots cela existe. Et si nous posions sur la table ces mots ? Afin de les croiser ! Permettez-moi de vous guider au travers d'un premier exemple dans cette jungle sémantique quotidienne où "voir ne signifie pas regarder" et où "écouter ne permet pas toujours d'entendre".

### Du "faire" au "dire", ou l'inverse

Prenons par exemple l'expression "prise en charge globale" (PECG) du patient ... de quoi parle-t-on? Comme le refrain d'un tube indémodable, cette PECG fleurit sur toutes les lèvres des personnels de l'hôpital, tous grades et toutes catégories confondues.

Enfin une bonne nouvelle, ils et elles - les professionnel-le-s - partagent tous la même chose : cette fameuse prise en charge globale! Las! Que nenni ma foi!

Cet objet de convoitise, que tous revendiquent en s'en faisant les seuls détenteurs, n'est pas le même selon les interlocuteurs! Est-ce possible?

"Une autre acception, différente de la mienne, oserait exister? On m'aurait menti "à l'insu de mon plein gré" s'écrient alors (en chœur) tous les protagonistes et autres spécialistes, auto-proclamés exclusifs, de la PECG?

De fait il existe un réel quiproquo entre les uns qui y voient la globalité des différentes prises en charges et les autres qui y voient la globalité de l'individu lors d'une prise en charge !

Le méta-modèle de Communic'Action est un outil précieux pour tenter de "com-prendre" ce leurre et ce qui s'apparente à son sosie à s'y "mé-prendre".

Ainsi qu'il s'agisse d'une catégorie de personnes (enfant, adulte, personne âgée), d'une discipline, d'un processus, d'une pratique, tel par exemple la qualité, ou de tout autre thématique, se pose à chaque fois la question des modalités de la prise en charge c'est-à-dire le comment et non la finalité c'est-à-dire le **pour... quoi** en deux mots.

la lettre & l'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées ¥ lies des kinésithérapeutes salariés

Et "je, tu, il, nous", ...chacun au sein de l'hôpital agit – ou prétend agir – aujourd'hui au nom de la prise en charge globale. Mais "je, tu il, et nous" disent-ils la même chose?

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

## Et la polysémique multiprofessionnalité?

Tout le monde s'y réfère ; il doit donc s'agir de la même chose se dit-on dans un saisissant raccourci. Mais alors quel est donc – au sein de cette idylle qualifiée, là aussi à tort et à travers, de pluriprofessionnelle, de transdisciplinaire, polycatégorielle, et polyculturelle – ce discours récurent sur le cloisonnement, l'absence de communication à l'hôpital ?

Paradoxe évident entre l'idylle supposée et le divorce communicant. Mais le plus étonnant c'est que ce paradoxe ne semble déranger personne puisque ce sont grosso modo les mêmes qui tiennent avec aplomb, détermination et même une certaine sincérité, les deux discours!

Il y a pourtant là, pour le moins, dissonance et absence de concordance entre la recherche de pertinence individuelle et la recherche de cohérence collective pour le patient. Un patient qui remarque néanmoins – sans trop pouvoir, savoir ou oser le dire – bien trop souvent l'absence de coordination des activités, de coopération des acteurs.

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

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



Juxtaposition, segmentation sont en fait les modèles d'action qui président encore - trop souvent - à la prise en charge ... qui n'est certainement pas donc globale coordonnée ... du point de vue du patient s'entend. N'est-ce pas à partir du patient qu'il faut se préoccuper de la globalité et de la coordination des actes et activités de sa prise en charge? N'est-ce pas à partir du patient qu'il faut organiser, tous egos en poche - une communication et une action modèle communication selon de

la lettre & l'Esprit du CNKS Vector d'idées & lien

Vecteur d'idées ¥ lies des kinésithérapeutes salasiés

"résiliaire", en réseau, où tout le monde communique avec tout le monde sans exclure le patient.

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

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

## Des techniques aux pratiques et à l'analyse des pratiques

Alors cette PEGC ne serait-elle qu'incantation ou palilalie\*?

Ou bien le regard que chacun veut y porter serait-il entaché d'une erreur de parallaxe par manque de recul sur ses propres pratiques et par absence de re-connaissance des pratiques des autres ?

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

La guerre des "territoires", "champs", "compétences" d'interventions des "Zuns" et

des "Zautres" n'en finit pas et se rallume régulièrement ...encore tout récemment à propos de la pratiques avancée.

### De "l'expérience patient" à la décentration professionnelle : un équilibre à développer

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

- une interprofessionnalité nécessaire et indispensable tant aux bénéficiaires qu'aux dispensateurs bien en deçà et audelà du pluridisciplinaire qui ne concerne que les multiples savoirs juxtaposés et non communicants;
- ➤ une interprofessionnalité dont j'observe avec satisfaction et soulagement, l'ayant appelée de mes vœux depuis la fin des années 70, qu'elle est enfin présente à tout le moins dans les discours et les intentions notamment des plus jeunes générations;
- une interprofessionnalité qui aura d'autant plus de chance de devenir une réalité que les révolutions en cours telles l'intelligence artificielle (IA), l'empowerment patient, amèneront les professionnels, d'une part à une démarche de décentration et, d'autre part, à changer le généreux, mais étouffant paradigme du "patient au cœur" pour un paradigme plus interactif des "professionnels aux cotés".

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

la lettre ¥ l'Esprit du CNKS

## Chils Vectour d'idées & lien

### Vecteur d'idées ¥ lier des kinésithérapeutes salariés

« qu'attend-t-on d'un cadre de santé ? A quoi sert un cadre de santé ? ».

### **CADRES...DES PISTES?**

Au-delà ou en écho à ces énièmes vœux pieux et aux fins de préciser les axes de progression souhaitables dans la valorisation des cadres KINESCOPE rapporte ici les réflexions sur l'avenir des cadres

## Avenir & devenir des cadres de santé : formation(s), rôle(s) et fonction(s) ?

Poser la question du devenir des cadres de santé c'est interroger les attendus, ceux de leurs interlocuteurs, mais aussi les leurs, ceux des cadres eux-mêmes. Bien qu'il soit indispensable de le garder en mémoire, nous ne traiterons pas ici ce second point de vue qui renvoie à la fois à une introspection individuelle et personnelle mais également à celle d'un « corps professionnel » qui a bien du mal à se construire.

Nous proposons ici de poser la question des attendus d'un directeur d'hôpital qui connait bien le métier de cadre de santé mais a toujours du mal à circonscrire ces questions Si ce n'était qu'une question de rôle(s) et fonction(s) le problème serait résolu depuis longtemps. Les centaines de fiches de poste de cadre disponibles ici ou là nous donneraient un aperçu général et générique assez complet. Aperçu qui aurait cependant l'inconvénient d'une liste à « *la Prévert* » dont nous ne saurions pas toujours, en lien avec le contexte de l'action, quel alinéa activer.

De fait la question est beaucoup plus complexe que cela car elle se noue au cœur des interactions sociales d'une organisation, elle-même complexe, qu'est le monde de a santé; et finalement si l'on doit chercher un angle d'attaque qui transcende les rôles, les missions et les fonctions je crois que nous devons en fait traiter de la posture et du regard du cadre de santé.

#### A propos de la posture

C'est J. Ardoino qui dans un texte de 1991 interroge question des postures (impostures) en l'occurrence du chercheur, du consultant et de l'expert. Cette approche semble fertile car finalement combien de fois ce pose-t-on la question de la place du cadre? En effet si l'on se rappelle qu'une posture est à la fois une position, un maintien, une attitude, mais aussi une situation (y compris sociale) nous pouvons considérer que cette posture sera à la fois l'image que l'on donne mais aussi la place d'où l'on parle et d'où l'on agit.

La Lettre & L'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

Bien sûr cette question n'est pas simple à résoudre pour un cadre qui se situe à la confluence des logiques médicale, paramédicale et administrative et qui souvent se demande s'il est dans l'équipe ou à côté de l'équipe. Ce qui est sûr c'est que ce sont ses attitudes et la position qu'il prend qui légitimeront ses actions et ses décisions. La complexité réside ici dans la nécessaire adaptation permanente qui devra piloter cette posture sans être perçu comme une girouette qui suit le vent.

À propos du regard

« Piloter, manager c'est regarder loin pour agir près! ». Cette phrase, entendue lors d'une de mes évaluations, raisonne quasi quotidiennement dans mon appréciation de la qualité des décisions prises par les cadres. Cela pose la question des effets d'une prise de décision, mais aussi celle de la capacité à anticiper et à voir venir. C'est en se projetant, en prenant de la hauteur ou de la distance que l'on mesure le mieux l'effet « papillon » de son action ou le bienfondé de son projet.

Bien sûr cela ne doit pas retarder l'action urgente, mais finalement qu'y a-t-il de plus prévisible que l'urgence? Cette prévisibilité repose d'une part sur le partage des règles de vie au travail et sur l'analyse rétrospective de situations souvent déjà vécues.

#### Et la formation dans tout cela...

Nous sommes d'accord que l'on ne forme pas quelqu'un mais que « l'on met en place les conditions de son apprentissage » (Michèle Genthon). Plus j'assiste à la prise de fonction de jeunes cadres, plus je regarde travailler les cadres, plus je suis convaincu

que cette mise en place elle doit être pré, per et post temps de passage en institut de formation.

Ces conditions d'apprentissage doivent être un « heureux métissage » entre la mise en situation, l'analyse de ces situations et la multiplication des grilles de lecture du quotidien. Les vivre avant son engagement vers ce métier c'est mieux. Utiliser le temps de distanciation en institut de formation pour « relire » des moments vécus c'est indispensable. Être persuadé que l'on continu à apprendre quand on a pris son poste et s'assurer que l'institution organise, au sein de son projet managérial, des moments de débriefing avec les cadres ne doit pas être un vœu pieux.

Le diplôme de cadre de santé a 25 ans... depuis une dizaine d'années, il est envisagé d'en remettre sur le métier l'ouvrage, et pourtant son aggiornamento est sans cesse repoussé...Que faut-il en conclure ?

Considérer que l'exercice professionnel n'a pas changé et que le diplôme convient encore ? Admettre que le cadre formel de ce diplôme n'empêche pas les instituts de formation des cadres d'adapter les contenus pédagogiques à l'évolution des compétences attendues ?

la lettre & l'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

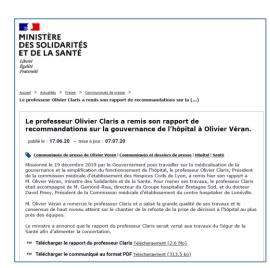
Faire l'hypothèse que les autorités publiques anticiperaient un moindre recrutement de fonctionnaires et ne feraient plus du diplôme de cadre le passage obligé pour exercer à l'hôpital public ?

Ces hésitations autour du diplôme de cadre n'expriment-t-elles pas plutôt une réelle difficulté à s'accorder sur ce qu'est ce métier? La mission cadre hospitalier faisait en 2009 le pari d'une transversalité de l'encadrement en établissement pour une meilleure qualité des soins, des décisions plus rapides et lisibles, pour une plus grande coordination territoriale impliquant le patient. Il s'agissait aussi d'anticiper la mise en place de la délégation de gestion aux équipes soignantes. L'idée était de garantir un tronc commun de compétences pour les cadres techniques, administratifs et de santé, en imaginant d'y associer les médecins ayant des responsabilités de management. Était-ce l'orientation à prendre à ce moment ? Certains cadres de santé, se sentant éloignés des soins ne se reconnaissaient pas dans une identité managériale partagée. La délégation de gestion est restée trop limitée pour mobiliser nouvelles de compétences chez les cadres de santé.

Quel est l'enjeu aujourd'hui ? Débattre sur le diplôme ne me semble pas la priorité et s'il faut rouvrir un débat c'est d'abord celui du métier de cadre à l'hôpital, et notamment des cadres de santé. Désormais l'arrivée des infirmiers de coordination et des infirmiers de pratiques avancées réduit le champ de l'expertise technique du cadre de santé. Mais le besoin de coordination ne cesse d'augmenter. Dans des périodes critiques comme celle que nous avons vécue au

printemps avec la Covid 19 où il a fallu en quelques jours quadrupler des unités de soins pour accueillir tous les patients, les cadres hospitaliers, ensemble administratifs, techniques et soignants ont su recruter, trouver des lits, du matériel, faire le lien avec les patients, contacter des partenaires.

Il est temps que les directions hospitalières délèguent aux pôles et aux services de réelles marges de manœuvre sans attendre que les crises les y contraignent. Il est très regrettable que le rapport Claris n'ait pas clairement posé la question des cadres. Ce rapport sur « la gouvernance simplification hospitalière », présenté en juin dernier ouvre des perspectives sur le rôle managérial des médecins, la place de la CME, le binôme directeur/président de CME, mais il est très discret sur les cadres hospitaliers. Dans les 56 propositions de ce



les cadres. Il est insupportable que le débat sur le management à l'hôpital se résume encore aujourd'hui aux relations médecins/directeurs.

C'est aux cadres de prendre la main pour faire entendre leurs voix et leurs ambitions.

rap

por

t,

de

ux

se

ule

me nt

év

oq

ue

La Lettre & L'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées & lies des kinésithérapeutes salariés

Ce sont les cadres qui feront, s'ils en sont convaincus bouger les lignes de leur métier, de leurs compétences et de leur formation.

... Dominique Combarnous, cadre supérieur, présidente de l'ANCIM

Le rôle du cadre de santé perçu aujourd'hui (retex collaboratif lors des journées RAC FHF en 2017)

Véritable couteau suisse tant ses missions sont variées, le cadre de santé est un métier plus qu'une profession.

Les participants à l'atelier se sont définis « coordinateur ». « pilote ». comme « manager » qui ajuste les effectifs, gère les lits et les flux des patients, garantit la qualité des soins et résout les dysfonctionnements, comme « pompier » ou « hommeorchestre ». Certains se sont décrits comme « animateur », « facilitateur », « polyvalent multitâches » voire « majordome » «punchingball». Plus inspirants, certains considèrent que leur rôle est de donner du sens, anticiper, porter les projets, être le maillon de la collaboration. Avec humour ou ironie, certains se voient comme des « diplomates sans immunité ». « catalyseurs » ou « contorsionnistes ».

Enfin, les participants à l'atelier ont ouvert le débat sur la dichotomie : management/pédagogie. Tous souhaitent conserver un tronc commun de compétences même si le métier est différent avec des passerelles possibles.

Demain des cadres managers ouverts, souples et nomades

La plupart des participants aux ateliers pensent que les cadres de demain vont être responsables de plusieurs structures avec une équipe plus encline à avoir une vision globale du patient au décours de son parcours de soin. Celle-ci sera la plupart du temps en partenariat avec d'autres équipes dans un niveau de qualité et de prestations prédéfinis. De cette configuration résultera un travail avec des professionnels de métiers différents et d'autres structures pour la réalisation de la performance. Une prestation patient porteuse de valeurs qui matérialise, donne du sens et justifie les parcours à



disposition de la personne soignée.

Le cadre devra alors probablement intégrer les contraintes des autres partenaires, et gérer un certain nombre de prérogatives à distance. Il sera le facilitateur et le coordonnateur de parcours et responsable du management avec une nouvelle donne : la confiance. Une confiance établie au sein d'un cadre clair pour pouvoir développer la coresponsabilité, la liberté de propositions, ainsi chacun pourra être reconnu et fier des résultats obtenus.

Le cadre sera probablement contraint de communiquer en logique projet sans être présent en permanence. Il aura donc besoin

la lettre & l'Esprit du CNKS



Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

d'anticiper et de déléguer afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. La performance du cadre sera alors le fruit de ces résultats.

Pour se faire, il ne faut pas se contenter de réaliser de l'amélioration continue mais également impulser des projets créateurs de valeurs. Le cadre de santé doit travailler d'avantage sur la création de nouveaux process que sur la résolution de problème en mettant l'innovation au cœur du quotidien.

Mais pour tout cela, il faut que les cadres de santé soient associés à la stratégie de l'établissement pour comprendre et donner du sens. Le management doit aller vers plus d'ouverture, de maillage, d'alliances et d'innovation... Il faut créer un espace où puisse librement s'exprimer l'intuition. Qui de mieux que les professionnels de terrain savent ce qui est bien pour eux et surtout pour le patient!

La réingénierie de la formation des cadres de santé est attendue

Les référentiels d'activités et de compétences ont été finalisés en 2012. Les référentiels de formation et de certification restent à écrire. Depuis 8 ans, la profession espère la finalisation de cette réingénierie qui devrait permettre de tourner la page du décret de 1995 qui avait été l'avènement des cadres de santé.

Le diplôme de cadre de santé pourrait aussi s'obtenir en partie par validation des acquis de l'expérience. Cela s'inscrirait dans une logique où la majorité des cadres ont exercé la fonction avant la formation. C'est le déploiement observé des « faisant-fonctions » de cadre de santé, véritables processus de professionnalisant garantissant l'investissement dans un second temps de l'établissement au financement d'études promotionnelles.

Enfin, il sera nécessaire d'interroger la formation des cadres supérieurs. Inexistante aujourd'hui, elle devient une nécessité pour accompagner les compétences aux managements intermédiaires. Sur quels modèles s'appuie cette profession? Quel rôle veut-on leur faire jouer?

À force de faire toujours la même chose, on obtient toujours la même chose. Quid de la créativité et de l'ouverture.

## **EVENEMENTS**

STKS soirée thématique kinésithérapie salariée en visio-conférence

Jeudi 26 novembre 2020 de <u>18 h à 20 h</u> «RPS, burn out, stress post traumatique…des rééducateurs»

Annie Debard, docteur en psychologie du travail et des organisations & Andrée Gibelin, cadre rééducateur et psychologue du travail

la lettre & l'Esprit du CNKS



KINESCOPE, seule publication porteuse exclusivement d'expériences et réflexions - d'utilité sociale & sociologique des kinésithérapeutes et cadres salariés



Votre intérêt et votre participation, voire votre engagement, essentiels à la valorisation du métier de kinésithérapeute salarié