



COLLOQUE

- ▶ LES PRODUCTIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (RÈGLES DE LA SCIENCE).
- ▶ LA DIFFUSION ET L'ÉVALUATION DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.
- ▶ LES INTÉRÊTS DE LA CRÉATION D'UNE DISCIPLINE EN KINÉSITHÉRAPIE.

KINÉSI
THÉRAPIE

Bonnes pratiques
Recherche Science
Diffusion
Évaluation Formation Discipline

Organisé par le :
Conseil interrégional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de PACA et de Corse

Plus d'informations sur : <http://paca-corse.ordremk.fr>

AJACCIO - 23 MAI 2014

La synthèse du colloque construite à partir des supports des communications, des interventions des conférenciers et des débats

C'est en Corse-du-Sud, dans un cadre exceptionnel, que s'est tenu le 5^{ème} colloque organisé par le CIROMK PACA-Corse.

Les valeurs de la Corse, la qualité de l'accueil corse, l'ensoleillement et la convivialité étaient au rendez-vous pour travailler.

1. Contexte

Le colloque était axé sur 3 thèmes en liens de réciprocité :

- Les productions des bonnes pratiques professionnelles (règles de la science).
 - La diffusion et l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles qui relèvent des missions des conseils départementaux et régionaux.
 - L'intérêt de la création d'une discipline en kinésithérapie.
- La finalité du colloque était de produire un projet politique et un projet scientifique pour améliorer la santé des patients.
C'est en effet par l'amélioration de la garantie de la qualité des soins et de la sécurité des patients qu'il est possible d'augmenter la confiance de la société concernant la kinésithérapie.

2. Participations au colloque

- La présence de plus de 100 masseurs-kinésithérapeutes (MK) dont 90 % élus à l'Ordre des MK, du Bureau du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK), de Madame Josette RISTERUCCI, Présidente de la CRSA à l'ARS de Corse et du Maire d'Ajaccio a montré d'emblée l'intérêt des MK et de la société porté à ce colloque.
- La participation active d'intervenants reconnus par la société sur le plan politique et/ou scientifique ; le soutien institutionnel de la HAS ; le soutien de l'ARS PACA ainsi que celui de l'ARS Corse sur la demande de madame la Ministre de la santé ; et enfin le haut patronage de la Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche étaient le gage de la reconnaissance sociale de ce colloque.

Suite au discours d'ouverture de Jean-Pierre ALBERTINI, Président du conseil inter régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes PACA-Corse (CIROMK PACA-Corse), Jean-Paul DAVID, Président du CNOMK a mentionné sa satisfaction de l'organisation de ce colloque et a remis 5 médailles de l'Ordre. Les médailles ont été données au Maire d'AJACCIO ; au Président du CIROMK PACA-Corse, Jean-Pierre ALBERTINI ; au premier Président du CDOMK 2A, Jean-Claude ORTICONI ; au Président actuel du CDOMK 2A, Christophe BERNARD et au Président du CDOMK 2B, Fabien FREDENUCCI.

3. Résumés des interventions et des échanges

3.1. Franck GATTO, Secrétaire général adjoint du CNOMK

3.1.1. Le cadre théorique

- L'état des lieux de la recherche a montré que la logique de l'EPP et de la diffusion des bonnes pratiques doit se situer **dans la logique du développement des potentialités de chaque professionnel et pas dans une logique de sélection**. Pour être conforme aux données scientifiques et donc pour être efficace, **les écarts aux connaissances et aux pratiques attendues** ne doivent pas conduire à des sanctions, à un jugement de valeur négatif, à un déplaisir, à une déconsidération, à une perte de confiance, à une perte d'estime de soi, à un sentiment de culpabilité et d'infériorité. **Les valeurs de l'EPP et de la diffusion des bonnes pratiques à respecter dans la mise en œuvre de celles-ci sont donc** : le plaisir, la tolérance, la normalité de l'écart au résultat attendu, la valorisation, la référencement scientifique, le non dogmatisme.
- **C'est la science qui a changé la norme** de l'EPP et de la diffusion des bonnes pratiques (Suchman, 1987; Leplat & Hoc, 1983 ; Clot, 1997 ; Clot, 1995). Pour être remis en question et transformé par la majorité des MK **les écarts aux connaissances conformes et aux pratiques conformes doivent être considérés comme normaux et ne doivent pas être partagés nominativement avec des tiers** (Clot, 1999 ; Clot, Ballouard & Werthe, 1998 ; Magnier & Werthe, 1997 ; Engeström, 2000 ; Ravestein, 2010 ; Gatto et al, 2011). **Les pratiques conformes doivent être valorisées, renforcées** alors que les pratiques non conformes doivent être questionnées pour conduire le masseur-kinésithérapeute à décider **de les transformer en les analysants (praticien réflexif)** mais aussi dans certains cas à décider en fonction de ses résultats de s'inscrire **dans un dispositif de développement professionnel continu (DPC)**. **L'écart à la norme doit donc permettre de s'auto-questionner en référence aux données acquises de la science** (arrêt Mercier, cass. Civ. 1, 20 mai, 1936) et actuelles, aux règles de bonnes pratiques, au droit et aux recommandations de la HAS.

3.1.2. Les dispositifs de recherches-actions

C'est à partir de **l'état des lieux de la recherche** sur les **théories de l'évaluation et sur les théories de l'apprentissage** qu'il a été construit des dispositifs de recherche qui respectent les critères de **la démarche scientifique**.

Les trois enquêtes mises en œuvre avaient pour objectif principal **de diffuser les bonnes pratiques professionnelles et de permettre aux MK d'auto-évaluer leurs connaissances et l'utilisation de celles-ci au cours de leurs activités professionnelles**.

➤ **Les deux premières recherches-actions :**

- De 2008 à 2011 il a été cherché, auprès des MK, à diffuser les bonnes pratiques professionnelles et à identifier la conformité de leurs connaissances et la conformité de l'utilisation de celles-ci en situations de soins en référence aux données acquises de la science sur les thématiques suivantes : **la personne âgée non grabataire ; l'hygiène et la sécurité ; l'accident vasculaire cérébral ; la bronchiolite ; la lombalgie chronique.**
- Les résultats de ces deux enquêtes scientifiques produits par des statistiques différentielles auprès d'un échantillon représentatif de **1678** masseurs-kinésithérapeutes (MK) et de **667** MK ont mis en évidence que les MK possédaient des connaissances et mettaient en œuvre auprès des patients des pratiques **conformes à 80 %** en kinésithérapie et en éducation. Il a été montré par les statistiques inférentielles que **plus le MK a d'expérience et plus il est diplômé par l'université (en formation continue) plus ses** connaissances et l'utilisation de celles-ci en situations de soins étaient conformes. Cela a mis en évidence que **c'est par l'expérience et par la formation à et par la recherche (à l'université) que les MK s'approprient des compétences conformes** aux données acquises de la science. **Les résultats ont montré et valorisé la conformité des rôles professionnels des MK aux données acquises de la science.**

➤ **La troisième recherche-action :**

- En 2012 il a été construit et régulé 4 quiz de diffusion et d'auto-évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles en référence au droit et aux recommandations de la HAS sur les thématiques suivantes : **l'assistance à personnes en danger et la délivrance de l'information au patient ; les devoirs entre confrères ; les devoirs envers le patient ; le secret professionnel.** D'octobre 2013 à mai 2013 il a été cherché auprès des MK, par ces 4 quiz mis en ligne, à diffuser les bonnes pratiques professionnelles et à identifier la conformité de leurs connaissances et la conformité de l'utilisation de celles-ci aux cours de leurs pratiques.
- Les premiers résultats de cette recherche-action auprès de 3961 MK montrent la nécessité de continuer à sensibiliser les MK aux connaissances et aux pratiques conformes en référence au droit et aux recommandations de la HAS. Il a été obtenu **44% de réponses conformes et 56% de réponses non conformes. Les rôles professionnels des MK conformes aux données acquises de la science et au droit ont été mis en évidence et sont encore à améliorer.**

Ces études scientifiques théorisées et informatisées dont l'analyse a été réalisée **par des méthodes statistiques sophistiquées positionnent la profession au plus haut niveau de preuve.**

3.2. Cécile RIOLACCI, Maître de conférences HDR à l'université, Directrice du service de la formation continue de l'université de Corse

- « Les savoirs se construisent par l'étude et/ou par l'expérience et/ou par autodidaxie. Les résultats des travaux réalisés à l'université de Corse depuis 2002 auprès de populations de MK ont montré que c'est en nommant leurs expériences en regard de référentiels scientifiques universitaires que les MK ont fait exister des **savoirs et des compétences en éducation et en communication**. Ces savoirs et ces compétences ont été reconnus par l'université dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience (VAE, Loi de 2002) et sont devenus stables et disponibles pour tous les MK concernés ».
- Ce travail d'analyse réflexive de l'expérience a montré que les MK ont développé par **socioconstructivisme dans le cadre de leurs activités professionnelles** des compétences conformes d'éducation du patient et de communication au patient ». La formation à et par la recherche des MK dont le **diplôme d'Etat serait reconnu à un niveau de Master 2** devrait permettre d'obtenir des **compétences de réflexivité, de communication et d'éducation dès la fin du parcours en formation initiale**. C'est-à-dire qu'il serait fait l'économie d'attendre l'expérience de terrain pour nommer et développer ces savoirs et ses compétences conformes qui améliorent la santé des patients ».

3.3. Michel ENJALBERT, ASCV - Centre Bouffard-Vercelli de Cerbère, Médecin Chef d'Etablissement, Vice-Président de la SOFMER

- « C'est très rare que les médecins de rééducation et de réadaptation soient invités dans des colloques de MK. Il y a 20 ans ce n'était pas imaginable. La recherche en médecine de rééducation et de réadaptation est organisée depuis 1995 par l'**IFRH (Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap)**.
- Depuis 2007 l'IFRH a signé des partenariats de recherche avec différentes institutions et plusieurs équipes de recherche : **INSERM (9 équipes), CNRS (5 équipes), CNAM, 18 Universités ... »**

3.3.1. L'IFRH regroupe de très nombreuses Institutions :

➤ La Fédération de MPR (FEDMER) :

- La Société Française de MPR (SOFMER), son comité scientifique, son congrès, sa (ses) revue(s), ses bourses...
- Le Collège des Enseignants Universitaires (COFEMER)
- Le Syndicat de MPR (SYFMER)
- L'Association des Médecins certifiés (ANMSR)
- L'Association des Jeunes MPR (AJMER)
- Les Entretiens de MPR de Montpellier
- Les Associations régionales...

➤ Les autres organismes privés :

- Les organismes sectoriels : l'assurance maladie, les mutuelles, la CNSA (Centres Experts Nationaux)...

- Les Fondations (Avenir, Paul Bénéteau...)
- Les organismes thématiques : COMETE (réinsertion socioprofessionnelle) APPROCHE (nouvelles technologies), France Traumatisme Crânien (Bourse FTC / SOFMER)...

➤ **L'industrie :**

- Pharmaceutique : les toxines botuliques (Allergan, Ipsen, Merz) > Bourse Ipsen / SOFMER
- Autres : nouvelles technologies (CEA, Aldebaran, Medimex...)

« La profession de masseur-kinésithérapeute est très jeune (1946) et ne bénéficie pas d'Institutions équivalentes.

Il est heureux que votre ordre puissent organiser des colloques scientifiques et ne soient pas que dans le juridique ».

➤ **Les instances internationales**

• **Européennes :**

- L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) et sa section de MPR (enseignement, clinique, professionnelle)
- La Société Européenne de MPR (ESPRM)
- L'Académie Européenne de MPR

• **Internationales :**

- Régionales : Forum Méditerranéen
- Internationale : Société Internationale de MPR (ISPRM)
- Thématiques : World Federation of NeuroRehabilitation

3.3.2. La spécificité de la recherche sur le handicap :

- Son caractère pluridisciplinaire : soins infirmiers et de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues...), de réadaptation et de réinsertion (psychologues, assistants sociaux...)
- Son éclectisme : évaluation et prise en charge (physique, psychologique, sociale, économique...)

3.3.3. L'ORGANISATION DE LA RECHERCHE :

➤ **Une organisation autour de 4 fonctions :**

- **L'orientation :** définition de la politique de recherche, des objectifs généraux et du budget global de la politique publique de recherche. Rôle du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du Haut conseil de la science et de la technologie (HCST) remplacé par le Conseil stratégique de la recherche qui proposera les grandes orientations de la stratégie nationale de recherche et participera à l'évaluation de leur mise en œuvre.
- **La programmation :** formulation des priorités thématiques par secteur et affectation des ressources. Rôle des agences de financement (A.N.R., Bpifrance, etc.), des alliances et des organismes.

- **La recherche proprement dite** : réalisation des activités de recherche dans les organismes de recherche, les établissements d'enseignement supérieur, etc.
- **L'évaluation** : le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (qui remplace l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, AERES) peut conduire directement des évaluations ou s'assurer de la qualité des évaluations réalisées par d'autres instances en validant les procédures.
- Dans certains domaines clés, par exemple, les sciences du vivant, l'énergie ou les sciences sociales, **il faut décloisonner, renforcer la coordination des travaux et rapprocher les différents acteurs de la recherche : c'est la vocation des alliances**. Elles coordonnent les principaux acteurs d'un domaine afin, notamment, de concevoir des programmes thématiques de recherche et de développement cohérents avec la stratégie nationale.

3.3.4. La Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (ou CIF) a été proposée par l'OMS en 2001 et adoptée par 200 pays :

- Elle se substitue ainsi à la classification internationale des handicaps (CIH) datant de 1980 dont elle est la révision, et affine sa particularité qui consiste à **aborder l'invalidité comme une interaction entre les potentialités d'un individu et son environnement en précisant le rôle des facteurs environnementaux**.
- **Les précédents trois axes d'identification du handicap (les déficiences, les incapacités, les désavantages), sont remplacés par les quatre catégories suivantes :**
 - **Fonction organique** (fonction mentale, sensorielle, digestives etc.), c'est-à-dire le domaine de fonctionnement corporel.
 - **Structure anatomique** (structure du système nerveux, structure liée au mouvement...) qui situe l'organisation physique en jeu.
 - **Activité et participation** (activité de communication, de mobilité...) qui identifie les fonctionnements concernés.
 - **Facteurs environnementaux** (produit et système technique, soutien et relation...) qui relie aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants.

Conséquences :

- L'altération des fonctions organiques et/ou des structures anatomiques produit une déficience.
- Les limitations d'activités résultent des déficiences.
- Les restrictions de participation résultent des limitations d'activités.
- Les facteurs environnementaux interfèrent dans le processus de production du handicap

3.3.5. LES THEMATIQUES DE RECHERCHE :

- **La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) : évaluation et prise en charge (les 3 R)**
 - Déficiences > Rééducation
 - Limitations d'activité > Réadaptation
 - Restrictions de participation > Réinsertion

- La problématique de l'environnement : personnel (le vécu) et extérieur (le regard des autres)
- La problématique spécifique de la Réparation juridique du dommage corporel (comme les Trois Mousquetaires, les 3 R sont en réalité 4)

➤ **Les thématiques de la recherche :**

- Les déficiences sensorimotrices :
- La posture et l'équilibre
- L'analyse du mouvement
- L'imagerie fonctionnelle (TEP, IRMF...)
- La stimulation électrique, magnétique...
- Les déficiences végétatives :
- Réentraînement à l'effort
- Pelvi-périnéologie, déglutition...
- Les déficiences neuropsychologiques...
- L'EPP.
- L'éducation thérapeutique du patient (ETP).

3.3.6. Le DEA STAHR (Sciences et Techniques Appliquées au Handicap et à la Réadaptation) :

Des formations à et par la recherche sont organisées par les médecins de rééducation et de réadaptation.

- Sciences « physiques » : mathématiques, statistiques, informatique, biologie, biomécanique...
- Sciences « humaines » : psychologie, sociologie, droit et économie de la santé...
- Licence / Master / Doctorat

« Il me semble nécessaire que les MK se rapprochent des institutions de recherche des médecins de rééducation et de réadaptations pour travailler ensemble sur des thématiques de recherches spécifiques à la kinésithérapie. Je suis d'accord pour vous aider à faire ce rapprochement ».

3.4. Michel GEDDA, Chef de projet à la HAS, Directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie de BERCK

Michel GEDDA a décrit les activités de la HAS et plus particulièrement les caractéristiques de la production des recommandations professionnelles et de la diffusion des bonnes pratiques en masso-kinésithérapie.

3.4.1. Définition des recommandations de bonnes pratiques

« Les recommandations de bonnes pratiques sont constituées de propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Ces recommandations sont gradées selon la littérature ou selon l'accord d'experts (approbation d'au moins 80% des membres d'un groupe de travail).

Il s'agit de mettre à disposition des acteurs du système de santé (patients, usagers, professionnels, décideurs) une synthèse rigoureuse de l'état de l'art ou des données de la science destinées à :

- **Aider à la prise de décision dans le choix des soins ;**
- **Harmoniser les pratiques ;**
- **Réduire les traitements et les actes inutiles ou à risques ;**
- **Améliorer la prise en charge des patients ».**

3.4.2. Fondements et principes des recommandations de bonnes pratiques

- **Dimension humaine :**
 - Avis des professionnels de terrain sur l'état des pratiques :
Groupes pluri professionnels.
Déclaration d'intérêts analysées, validées et rendues publiques.
Différents courants de pensées, lieux et secteurs d'exercice.
Expertise basée sur l'expérience clinique.
Rédaction, cotation et relecture des recommandations.
 - Avis des patients et des usagers sur la prise en charge :
Acceptabilité.
Attentes et préférences.
- **Dimension scientifique :**
 - Recherche documentaire systématique, hiérarchisée et structurée.
 - Analyse critique de la littérature selon les principes de la médecine (EBM) ou de la pratique (EBP) factuelle.
 - Attribution d'un niveau de preuve aux données.
 - Gradation des recommandations (A, B, C ou accord d'experts).

3.4.3. La décision et l'ingénierie du MK

*« L'EBM et l'EBP conduisent à l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles pour la **prise de décision** concernant les soins à prodiguer à chaque patient.*

- *Il s'agit d'étayer les orientations thérapeutiques et les choix techniques sur des données objectives ;*
- **Associer les patients aux décisions ;**
- *D'une approche personnalisée adaptée à chaque situation, toujours unique ;*
- *L'approche inclue les dimensions sociales, culturelles, familiales, sanitaires ».*
- *C'est à partir de **la littérature scientifique (dans toutes les disciplines), du projet du patient et de son expérience professionnelle que la DECISION est prise ».***
- **Le cheminement intellectuel du MK :** c'est à partir d'un problème clinique qu'il est réalisé un Bilan clinique et à partir du projet du patient qu'il est réalisé un bilan humain permettant de définir la problématique gestuelle conduisant à un diagnostic et à un projet d'intervention qui se caractérise par des objectifs et un programme de traitement (moyens).

➤ « **Les recommandations de bonnes pratiques**

- Ne sont pas des obligations ;
- Servent à aider le professionnel ;
- Puisque la vérité est dans le patient ;
- Est toujours une problématique unique (d'ingénierie) ».

- ✓ Cette ingénierie du MK à partir de la littérature scientifique, du projet du patient et de l'expérience professionnelle du MK, **réalisée concomitamment à l'acte de soin constitue un savoir de l'expérience qui doit être nommé pour exister et pour se stabiliser sur le plan du rôle professionnel du MK et du rôle social du MK afin de construire une nouvelle identité du MK.**

3.5. Cyril MEUNIER, Maire de la ville de Lattes, conseiller général, vice-président de la communauté d'agglomération de Montpellier

Cyril MEUNIER, élu de la cité, a décrit le dispositif unique en France d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées mis en place dans la ville de Lattes. Ce dispositif est une référence en France et la ville de Lattes est sollicitée par d'autres villes pour le dupliquer à l'identique.

Cyril MEUNIER a décrit le besoin croissant **d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées** que la population des villes demande aux collectivités locales et l'actuelle absence de réponse adaptée.

Selon lui les MK sont les mieux placés pour répondre à cette demande en augmentation constante.

Il s'agirait **d'évaluer le handicap et l'autonomie au domicile** des personnes âgées et des personnes handicapées afin de construire avec celles-ci un environnement adapté. Il s'agirait également de **tracer, de surveiller, d'évaluer et d'adapter continuellement l'environnement au niveau d'autonomie des personnes.**

*« Si les MK ne prennent pas **ce rôle professionnel et ce rôle social** il sera pris par d'autres professions ou par de nouvelles professions.*

*C'est **une occasion unique** de montrer à la population et aux politiques le rôle social majeur que les MK peuvent prendre ».*

3.6. Éric PASTOR, Conseiller national, président de la commission ostéopathie du CNOMK

Éric PASTOR a décrit **l'état des lieux de la création de la profession d'ostéopathe** aux Etats-Unis et en Angleterre.

Il a également pointé les différentes étapes législatives et réglementaires de la création du titre d'ostéopathe en France pour les professionnels de santé et pour les non professionnels de la santé.

Éric PASTOR a montré comment **la réingénierie actuelle de la formation en ostéopathie, les critères d'agrément des instituts de formation en ostéopathie et l'aménagement de passerelles** pour accéder à la formation en ostéopathie pouvaient être des déterminants sur

l'évolution de la reconnaissance sociale de l'ostéopathie en France et de **la construction d'une nouvelle identité de l'ostéopathe.**

Il a montré que le **référentiel de la profession construit par le conseil national de l'ordre des MK et par des scientifiques (universitaires) avaient fait émerger les rôles professionnels du masseur-kinésithérapeute.**

Les rôles professionnels identifiés sont : expert, praticien, éducateur, formateur, gestionnaire, responsable au regard de la déontologie professionnelle.

« La mise en évidence par le référentiel de ces rôles professionnels, des actes, des activités et des compétences du masseur-kinésithérapeute permet de couvrir la quasi-totalité des actes, des activités et des compétences du masseur-kinésithérapeute-ostéopathe. Par la Loi de la VAE (2002) un MK d'une certaine expérience et ayant bénéficié de formation continue en thérapie manuelle, par exemple, peut obtenir tout ou partie du diplôme en ostéopathie ».

L'expérience montre **que la combinaison des rôles sociaux et des rôles professionnels des ostéopathes (identité) se sont construits par la Loi, par la réingénierie de la formation initiale et par la société.**

L'inclusion du diagnostic différentiel et du diagnostic d'exclusion dans le programme de la formation initiale reconnu en fin de parcours à un niveau **de Master 2 pourrait permettre de modifier les rôles professionnels et les rôles sociaux des MK.**

3.7. Pascal ROQUET, sociologue, Professeur des universités

Franck GATTO a excusé l'absence de Pascal ROQUET qui devait siéger à l'université en comité de sélection et a déclaré que *« la présentation de l'analyse sociologique et du projet de recherche que Pascal ROQUET devait présenter constitueraient le fil conducteur des échanges et du recentrage des débats de ce colloque ».*

Ci-dessous la conclusion de la contribution que Pascal ROQUET avait prévu de présenter :

*« Le cadre temporel structure l'évolution des identités professionnelles des MK et permet ainsi de saisir les rôles professionnels et sociaux exercés tout au long de leur trajectoire professionnelle. L'inscription historique de l'activité des MK s'effectue par la durabilité et la pérennité des rôles construits. **Sans profondeur historique de ces rôles, la professionnalisation devient simplement un enjeu social momentané sans points d'appuis et sans cadrage temporel suffisamment établi pour les situations et les acteurs concernés.***

*Aussi aux six rôles professionnels repérés (le référentiel de la profession, 2012) : expert, praticien, éducateur, formateur, gestionnaire, responsable au regard de la déontologie professionnelle, **se combinent des rôles sociaux qui restent à découvrir.***

***La combinaison des rôles professionnels et des rôles sociaux** contribuent à saisir la construction des identités professionnelles des MK en tant que professionnels de santé. En nous inscrivant dans le cadre théorique de Dubar (2000), l'identité professionnelle est liée à l'articulation de processus relationnels et de processus biographiques. Les processus relationnels impliquent l'identité pour autrui et engendrent des transactions objectives alors que les processus biographiques impliquent quant à eux l'identité pour soi et engendrent des transactions subjectives.*

*Les rôles professionnels et sociaux des MK constituent ainsi les « contenants » de ces processus identitaires, ils cristallisent les enjeux des dynamiques identitaires des MK **dans un processus de reconnaissance sociale.***

*Le chemin qui reste à parcourir est **d'identifier les rôles sociaux des MK, de les combiner avec les rôles professionnels et de créer une identité durable et pérenne dans la société.** La naissance de cette nouvelle identité est **indispensable pour différencier, pour valoriser et pour stabiliser définitivement la profession dans la société** ».*

4. Table ronde et synthèse du colloque

Jean-Paul DAVID, le Président du CNOMK, a déclaré que « *ce colloque constituait un tournant majeur pour la profession. Il y aura un avant et un après le colloque d'AJACCIO* ».

Jean-François DUMAS, Vice-président du CNOMK, a déclaré « *qu'il était nécessaire de reproduire ce type de manifestation et de développer les travaux qu'elle a suggérés* ».

Pascale MATHIEU, Secrétaire générale du CNOMK a porté son discours sur « *l'importance de ces rencontres scientifiques pour la défense de l'honneur de la profession* ».

Philippe SAUVAGEON, Directeur de l'IFMK de MARSEILLE, et Michel PAPAREMBORDE, Directeur de l'IFMK de LILLE, ont mentionné « *les perspectives importantes que la réingénierie de la formation initiale pouvait retenir de ces travaux* ».

Stéphane MICHEL, Trésorier adjoint du CIROMK PACA-Corse a souligné « *l'importance des travaux et l'intérêt de la diffusion de ceux-ci à la profession* ».

- Ce colloque a montré **que ce sont les productions de résultats par la recherche scientifique (quelle que soit la discipline) qui** permettront d'améliorer la sécurité du patient et la qualité des soins. C'est en valorisant l'expérience professionnelle du MK et en prenant en compte le patient dans sa singularité que la décision du MK sera la plus pertinente. **Cet acte d'INGIENERIE qui se réalise concomitamment à l'acte de soin est à nommer pour le faire exister, à valoriser, à rendre plus disponible pour le stabiliser au regard des MK et au regard de la société.**
- Ce colloque a montré aux MK, aux personnalités et aux institutions que **la profession de kinésithérapeute est en capacité de prendre une place importante et indispensable dans la société.**

5. Perspectives

« Puisqu'il est recommandé de prendre sa décision avec le patient sur le bilan clinique de la problématique gestuelle du patient et sur la problématique humaine du patient il est

nécessaire de produire des résultats scientifiques dans plusieurs disciplines et finalement dans la discipline kinésithérapie qui pourrait regrouper un faisceau de disciplines connexes ».

« A la différence des professions installées dans la société depuis longtemps notre jeune profession n'a ni les structures, ni la reconnaissance sociétale en capacité financière et institutionnelle de mettre en place des travaux scientifiques et de produire des résultats de recherche en kinésithérapie.

Une discipline en kinésithérapie et des laboratoires de recherche dédiés permettraient la recherche scientifique et l'enseignement en formation initiale et en formation continue des productions scientifiques.

A l'évidence pour contribuer à la décision politique de la création d'une discipline en kinésithérapie il est nécessaire que les MK se rapprochent des institutions de recherche des médecins de rééducation et de réadaptation et des universités à la fois sur le plan scientifique et sur le plan politique. C'est le challenge que ce colloque a tenté de relever grâce au soutien de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseillers ordinaires des départements de la région PACA et Corse ».

*« Les perspectives de recherche sont **d'identifier les rôles sociaux des MK pour les combiner avec les rôles professionnels et de créer une identité durable et pérenne dans la société.** La naissance de cette nouvelle identité est **indispensable pour différencier, pour valoriser et pour stabiliser définitivement la profession dans la société** ».*

Le CIROMK PACA-Corse remercie les organisateurs Corses de ce colloque qui ont permis grâce à leurs valeurs particulièrement bienveillantes et à leur accueil de très haute qualité de réaliser des travaux exceptionnels et d'envisager des perspectives très importantes pour la profession de kinésithérapeute.

Le conseil du CIROMK PACA-Corse

Retour sur le colloque en images :



Discours d'ouverture par Jean-Pierre ALBERTINI, Président du CIROMK PACA-Corse



Jean-Paul DAVID, Président du CNOMK



Remise des médailles de l'Ordre – De g. à d. : Jean-Pierre ALBERTINI, Gérard MONDOLONI, Jean-Paul DAVID



De g. à d. : Christophe BERNARD, Président du CDOMK 2A et Fabien FREDENUCCI, Président du CDOMK 2B



Josette RISTERUCCI, Présidente de la CRSA – ARS Corse



Franck GATTO, Secrétaire général adjoint du CNOMK



Cécile RIOLACCI, Maître de conférences HDR, Directrice du service de la formation continue – Université de Corse



Michel ENJALBERT, médecin de rééducation et de réadaptation



Michel GEDDA, masseur-kinésithérapeute, chef de projet - HAS



Cyril MEUNIER, Maire de la ville de LATTES



Éric PASTOR, Président de la commission ostéopathie du CNOMK



Table ronde, de g. à d. : S. MICHEL, C. RIOLACCI, E. PASTOR, M. GEDDA, F. GATTO, M. ENJALBERT, JP. DAVID, P. MATHIEU, JF. DUMAS, M. PAPAREMBORDE, P. SAUVAGEON



Les participants



Photographie de groupe