



# La Lettre

*du Cadre de Santé Kinésithérapeute*

N° 07 - Octobre 1996

## 1997 : UNE FÉDÉRATION DE CADRES M.K. ?

### ■ ÉDITORIAL

Pourquoi les cadres masseurs-kinésithérapeutes ne participent-ils pas, en tant que tels, aux réflexions concernant la Masso-Kinésithérapie? Pourquoi les responsables ministériels ne trouvent-ils pas d'interlocuteurs représentatifs des C.S.K. à l'occasion des réflexions sur l'organisation hospitalière? D'ailleurs, qu'est-ce qu'un cadre M.K.?

À défaut d'une définition positive, nous pouvons envisager de jalonner nos conceptions des démarches officielles à propos de l'expertise et du coordonnateur de plateau médico-tech-

nique présentées dans ce numéro. Mais peut-on réellement se déterminer à partir d'autres représentations?

Une autre voie, non exclusive, serait la création d'une Fédération nationale de Cadres M.K. regroupant diverses associations régionales. Cela ouvrirait les initiatives locales d'une production plus large, mais entraînerait aussi une véritable représentativité légitimée par un socle de terrain. Cette possibilité est actuellement un des sujets de réflexion du S.N.E.C.K. et des "Ambassades de réflexion".

*Le comité de publication.*

### ■ RENTRÉE SCOLAIRE DANS LES 6 ÉCOLES

**Étudiants Masseurs-Kinésithérapeutes entrés cette année dans les Instituts de Formation des Cadres de Santé :**

Bois-Larris : 17 - Grenoble : 5 - Montpellier : 14 - Paris (AP/HP) : 5  
Paris (C.R.F.) : 11 - Strasbourg : 1

**TOTAL : 53**

### SOMMAIRE

- Éditorial
- Proposition :  
*La Charte de stage*
- Découverte :  
*l'E.N.S.P. à Rennes*
- Communiqué de la D.H. :  
*Mise au point : l'expertise*
- Entretien exclusif :  
*Annie BOURDIL :  
Le coordonnateur de P.M.T.*
- Témoignage :  
*Patrick ROTGER :*
- Parcours d'un cadre kiné. :  
*Nicole PIAZZA*
- Communiqué du S.N.E.C.K.

**Ce numéro a été réalisé par un groupe de cadres kinésithérapeutes issus des 3 écoles de cadres :**

- **Patrick BENOIT**  
Chef de groupe  
Centre Propara de Montpellier
- **Christian BRUGE**  
Directeur technique  
Écoles de Lyon et Villeurbanne
- **Marie-Odile PAILLET**  
Chef de Service Rééducation  
C.R.F. "Les Rosiers" de Dijon
- **Philippe RIGAUX**  
Responsable Formation Continue  
"Bois-Larris" Santé Formation
- **Patrick ROTGER**  
Coordonnateur de Plateau Technique  
Centre Pédiatrie et Rééducation. Bullion
- **Michel THUMERELLE**  
Kinésithérapeute-Chef  
Centre Hospitalier de Lens

**Sous la coordination de :**

- **Michel GEDDA**  
Kinésithérapeute-Chef  
C.R.F. Salins-les-Bains

ISSN 1267-7728

**LA LETTRE DU C.S.K.** - Michel GEDDA - C.R.F. - B.P. 101 - F.39110 SALINS-LES-BAINS

## PROPOSITION

### François DUFÉY,

Directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Lariboisière (Paris).

### Jacques VAILLANT,

Formateur à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Grenoble.

### UNE CHARTE... EN DEVENIR.

Le stage a un rôle de premier plan dans la formation des professionnels paramédicaux. De nombreux organismes : écoles des cadres, centres hospitaliers, associations et syndicats professionnels étudient depuis plusieurs années le rôle du stage, l'hôpital étant aujourd'hui considéré comme centre de formation.

De nombreux travaux et expérimentations tentent d'optimiser la valeur formatrice du stage clinique.

L'association A.L.I.S.T.E.R. organise depuis plusieurs années des rencontres de Moniteur Cadre de Masso-Kinésithérapie au niveau national. Au cours d'une de ces rencontres, en 1994, et après un débat très riche, une question restait en suspens : comment définir un "bon" stage ?

Afin de définir les critères de qualité d'un stage, nous avons élaboré, puis diffusé un questionnaire auprès de 1000 M.C.M.K. tant au niveau des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie que des terrains de stage. En parallèle, et à notre demande, un groupe d'étudiants en kinésithérapie de l'école de Limoges a procédé à la conception et à l'envoi d'une enquête auprès des étudiants français.

Nous désirions que la parole soit donnée aux principaux intéressés : les étudiants, qui vivent concrètement cette situation d'alternance entre un Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie et un terrain de stage sans avoir toujours la possibilité de créer des liens avec ce qu'ils apprennent dans ces différents centres de formation.

En ce qui nous concerne, parmi les 175 questionnaires renvoyés par les M.C.M.K., nous avons pu traiter un certain nombre d'informations. Pendant le stage, les objectifs principaux de l'étudiant sont apparus comme suit :

- réaliser un transfert entre théorie et pratique ;
- mettre en pratique la rééducation ;
- acquérir un savoir faire ;
- rencontrer d'autres professionnels médicaux et paramédicaux.

La possibilité de rééduquer des patients avec ou sans contrôle d'un praticien et les mises en situation professionnelle devant un jury (D.E. blanc) paraissent apporter des éléments essentiels à la formation.

Des critères de qualité ont été retenus, comme par exemple : un étudiants par M.K. ; d'autres rejetés : importance de la renommée du chef de service pour déterminer le lieu de stage.

À la vue des résultats de cette enquête et afin de faire avancer la réflexion, mais aussi la pratique, nous nous sommes proposés d'élaborer une charte du stage à l'instar des chartes de qualité mises en place dans beaucoup de secteurs socio-économiques.

C'est cette charte (ou plutôt ce projet matérialisé de charte) que nous vous présentons aujourd'hui. Nous avons essayé qu'elle soit le reflet le plus fidèle possible des résultats de l'enquête. Pour la faire vivre, nous invitons chacun de nos confrères à la tester, à la mettre en place et à nous faire part de leurs remarques par l'intermédiaire de "La Lettre".

## Charte du Stage

1. *L'étudiant respecte les droits de la personne soignée.*
2. *Il est tenu au secret professionnel.*
3. *Les conditions de l'apprentissage sont optimisées par un partenariat ' Service de Rééducation - S.F.M.K. ' incluant un échange de projet.*
4. *La mission de formation est intégrée dans le projet d'établissement.*
5. *Le service de rééducation est animé par un cadre de santé formé (M.C.M.K.).*
6. *L'étudiant est intégré et s'intègre dans une équipe inter-professionnelle.*
7. *Le stagiaire est associé au projet thérapeutique du patient.*
8. *Le stagiaire est impliqué et s'implique dans les actes masso-kinésithérapiques.*
9. *Un masseur-kinésithérapeute assure l'encadrement d'un seul stagiaire.*
10. *L'étudiant soumet toute initiative à l'approbation du tuteur de stage.*
11. *Une mise en situation professionnelle et une validation clôturent le stage.*
12. *L'étudiant a appris à établir des liens entre les deux pôles de formation.*

## ■ DÉCOUVERTE

Créée en 1945 au sein de l'Institut d'hygiène du Ministère de la Santé et érigée en établissement public national autonome en 1960, l'École Nationale de la Santé Publique est une institution unique en France, implantée à Rennes depuis 1962.

La diversité constitue l'une de ses caractéristiques majeures : soixante enseignants, regroupés en quatre départements pédagogiques d'orientation pluridisciplinaire et assistés de nombreux conférenciers, dispensent une formation professionnelle post-universitaire à neuf catégories de futurs cadres supérieurs de la santé publique et de l'action sociale. Elle développe ses missions principalement pour les ministères chargés des Affaires Sociales et de la Santé, mais aussi pour plusieurs autres : Agriculture, Éducation, Affaires Étrangères...

### BUDGET 1996

Le budget 1996 de l'E.N.S.P. s'élève à 187 millions de francs : 69,8 millions de francs proviennent de la subvention de l'État et 82,3 millions de francs de la contribution des hôpitaux, cette dernière intégrant notamment les salaires versés aux élèves directeurs d'hôpital pendant leur formation initiale.

Le laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé est le premier producteur de ressources propres, provenant à la fois de ses analyses d'eaux et d'effluents (plus de 15 000 échantillons analysés en 1995) et de ses contrats de recherche. Son chiffre d'affaires global pour 1995 est d'environ 8 millions de francs.

Les cursus reposent sur une progression méthodique orchestrée des savoirs et techniques à acquérir, depuis le stade premier de l'observation jusqu'à la prise effective des fonctions. La pertinence des enseignements bénéficie des recherches effectuées par les enseignants. À la clé, des compétences authentiques, doublées d'une culture de santé publique commune à tous les élèves. L'alternance

de sessions théoriques à l'E.N.S.P. et de stages permet d'offrir une connaissance opérationnelle de toutes les facettes du futur métier. L'amélioration constante des cursus s'appuie sur la réflexion d'instances de concertation réunissant notamment les services des ministères chargés des Affaires

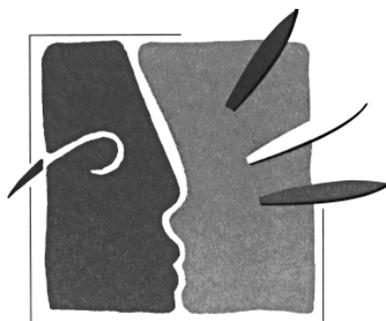
Sociales et de la Santé, des professionnels et les responsables de formation qui jouent dans ce cadre un rôle de médiation fondamentale.

Améliorer l'état sanitaire de la population et la qualité des soins, promouvoir une vision globale de la santé, incluant notamment la dimension sociale, sont les finalités de tous les cadres formés à l'École Nationale de la Santé Publique. Gérer rigoureusement des ressources disponibles, motiver les acteurs, travailler en équipe, communiquer, avoir une vision stratégique de l'action, évaluer les résultats : voilà leurs modes opératoires.

Ses anciens élèves exercent dans les différentes fonctions publiques (surtout dans les services de l'État ou des hôpitaux, et également dans les collectivités territoriales) et, pour une minorité, dans le privé. La variété se retrouve aussi dans les activités lui procurant des ressources propres : formation continue, analyses d'eaux, documentation, édition, organisation de congrès, hôtellerie... Sous l'impulsion de son conseil scientifique, elle anime des unités de recherche, dans des domaines tels que l'analyse des politiques sanitaires et sociales, l'organisation des services de santé, la gestion du risque environnemental. Elle collabore avec des dizaines d'instituts en France et sur tous les continents, en développant des actions de coopération Nord/Sud ou en s'inscrivant dans les réseaux des 4 écoles de santé publique européennes.

### SCOLARITÉ

Chaque année, les formations initiales accueillent environ 500 élèves. Depuis son installation à Rennes en 1962, l'E.N.S.P. a reçu globalement plus de 11 000 élèves. L'enseignement à distance dispense ses services annuellement à 1 300 élèves. Environ 90 actions de formation permanente ont eu lieu en 1995, représentant 1 900 participants.



**E N S P**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**R E N N E S**

L'École Nationale de la Santé Publique propose aussi un vaste programme de formation permanente qui s'adresse aux responsables et cadres du domaine sanitaire et social : administrations de l'État et des collectivités territoriales, hôpitaux, organismes de protection sociale... Ce programme est élaboré annuellement en collaboration avec les ministères chargés des Affaires Sociales et de la Santé, les professionnels et les équipes pédagogiques de l'École. Les domaines prioritaires de formation sont :

- la modernisation de l'administration, à travers notamment le management des ressources humaines,

- la régulation et la réorientation du système hospitalier : planification, stratégie d'établissement et projet médical, technologies et systèmes d'information, gestion économique et financière, évaluation...

- la gestion du risque environnemental,

- l'accompagnement des politiques d'intégration et de développement social,

- le nouveau contexte européen de la santé.

Le service documentation de l'école constitue un important centre de référence couvrant toutes les facettes de la santé publique, de l'environnement, de l'action et de la protection sociale, de l'hôpital et du management. Le fonds comprend 7000 travaux d'élèves, 15000 ouvrages, 500 périodiques français et anglais, ainsi que de nombreux dossiers thématiques. L'E.N.S.P. pilote la Banque de Données Santé Publique (B.D.S.P.) qui est la source française d'informations

**PERSONNEL**

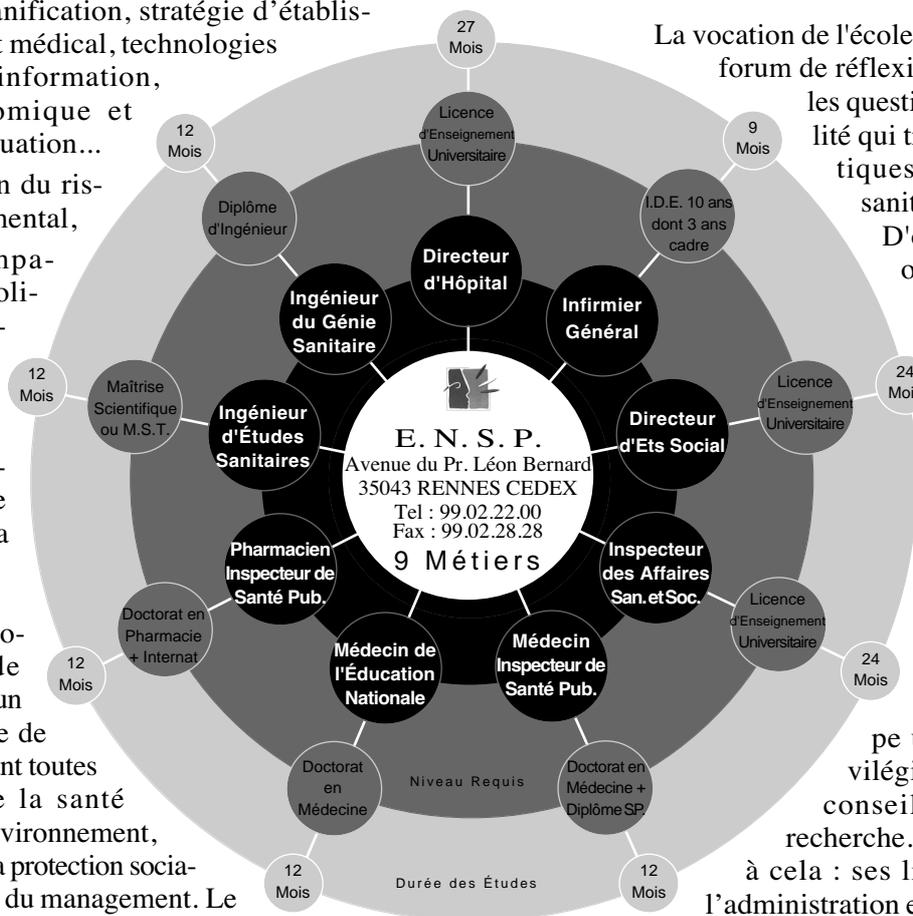
L'E.N.S.P. dispose de 259 postes salariés permanents, dont 64 postes d'enseignants, auxquels il convient d'ajouter près de 1000 conférenciers.

---

**HÔTELLERIE**

Répartie en trois résidences, l'hôtellerie comprend 361 chambres et 55 petits appartements. Le restaurant self-service sert jusqu'à 800 repas par jour.

la plus complète sur le secteur santé. La B.D.S.P. rassemble plus de 100000 références documentaires dans une approche pluridisciplinaire de la santé publique. Ces données sont accessibles sur minitel : 3617 code BDSP.



La vocation de l'école est aussi d'être un forum de réflexion et de débat sur les questions vives d'actualité qui traversent les politiques et les pratiques sanitaires ou sociales. D'où l'organisation chaque année à des colloques, séminaires et journées d'études de dimension souvent internationale.

Située à la croisée de la santé publique et du management, l'E.N.S.P. occupe une position privilégiée en matière de conseil, d'études et de recherche. Plusieurs raisons à cela : ses liens étroits avec l'administration et les décideurs de la santé, la richesse de ses expériences professionnelles, son réseau français et international, et la grande diversité de ses compétences et des publics qu'elle forme. Ses missions se concrétisent essentiellement sur deux plans : l'ingénierie de la formation et l'expertise.

**ÉDITIONS ENSP**

Les éditions ENSP, structurées en groupement d'intérêt économique, publient des ouvrages spécialisés relatifs aux différentes disciplines de la santé publique : épidémiologie, gestion, action sociale...

Leur chiffre d'affaires pour 1995 s'élève à près de 5 millions de francs.

**DES KINÉSITHÉRAPEUTES À L'E.N.S.P.**

L'E.N.S.P. ne s'inscrit pas dans le cursus habituel des masseurs-kinésithérapeutes. Quelques confrères M.K. ont cependant suivi la formation de directeur d'hôpital :

- 1 kinésithérapeute en 1992,
- 1 kinésithérapeute en 1993,
- 1 kinésithérapeute en 1995.

# COMMUNIQUÉ

## UN POINT PROVISOIRE SUR UNE EXPÉRIMENTATION : LE DÉVELOPPEMENT DE L'EXPERTISE À L'HOPITAL

En vue de mieux prendre en compte les fonctions exercées par certains agents sans figer l'organisation hospitalière, une expérimentation a été lancée en 1995, pour une durée de deux ans sur une trentaine de sites hospitaliers. Dans ces établissements, des fonctions nouvelles dites "d'expertise", correspondant à des besoins de l'institution, ont été définies de façon collective au niveau de certains services.

Ces fonctions ont été approuvées par les instances (CME, CTE...) et des agents ont été sélectionnés pour les assumer. La sélection s'est faite sur la base des motivations des candidats, de leur formation initiale puis professionnelle, de leur expérience de travail et de leurs projets personnels.

Des objectifs précis sont donc assignés à chacun de ces agents qui ont accepté que leur mission soit évaluée. L'expérimentation concerne aussi bien les services médicaux que techniques ou administratifs, les agents ou l'encadrement.

Une première mention de l'expertise existe dans les accords Durieux intervenus en 1991 ; le concept a été approfondi en 1994 par les travaux de la mission infirmière (1994), puis avec un groupe de professionnels (médecins, paramédicaux et directeurs) réunis par la Direction des Hôpitaux (1994). Après consultation des organisations syndicales (1994), un appel de candidature a été lancé en décembre 1994 à l'ensemble des établissements publics de santé.

Les objectifs généraux de l'expérimentation sont fixés dans le cahier des charges qui a été diffusé aux établissements. Ils sont d'améliorer la prise en charge des patients ou le fonctionnement des établissements - de mieux reconnaître les fonctions et responsabilités à caractère transversal exercées par certains agents - de rechercher une possibilité de diversification des tâches en cours de carrière - de repérer l'émergence de nouvelles fonctions ou nouveaux métiers - de revaloriser des procédures réglementaires ou des points de fonctionnement important : hygiène, sécurité, qualité, archives... - d'accroître la motivation des agents.

Le **cahier des charges** introduit une distinction entre :

- l'expertise institutionnelle qui correspond à l'exercice de missions à l'échelle d'un établissement ;
- l'expertise professionnelle dans le cas de l'approfondissement d'une fonction donnée.

Au total le comité de pilotage qui a été constitué pour suivre cette expérimentation a examiné 250 projets en avril 1995, et en sélectionné 58, localisés sur 36 établissements dont 6 à l'AP-HP (ce qui représente 1/5 de l'expérimentation). L'accord des instances locales n'a été connu qu'en juillet 1995 et l'expérimentation a démarré officiellement le 1<sup>er</sup> septembre 1995.

Ces projets couvrent trois grands domaines ;

- **les activités paramédicales** : hygiène - évaluation, qualité des soins - douleurs postopératoires, soins palliatifs - stomathérapie - informatisation des unités de soins - malnutrition, ergonomie - animation en gériatrie - soins de la personne âgée - incontinence de la personne âgée - infirmière clinicienne - animation dans les services d'enfants en cancérologie - prévention des risques vasculaires - urodynamique - conditions de travail en gériatrie - escarres - consultant interne, audit ;

- **la gestion** : procédures de gestion administrative (recouvrement des recettes) - droit du travail - archives médicales - gestion du dossier médical - qualité et évaluation de la formation ;

- **le secteur médico-technique et le secteur technique** : radio-

protection - sécurité incendie - maintenance des appareils d'imagerie - qualité des images radiologiques - qualité des appareils de radiologie - distribution de produits sanguins labiles - prévention des risques biologiques - séquençage automatique ADN.

90 % des 70 agents concernés par l'expérimentation sont des personnels paramédicaux dont 40 infirmiers ou C.I. ou C.I.S., 4 kinés ou cadres kinés, 4 techniciens de laboratoire, 5 manipulateurs radio, 1 préparateur en pharmacie, 1 psychologue, 2 diététiciens, 2 aides soignants, 1 aide médico-psychologue. 10 % sont des personnels techniques ou administratifs.

Le suivi de l'expérimentation repose sur la normalisation des remontées d'information.

L'avis, régulièrement recueilli, des instances et de la direction correspond au suivi local. Les différents documents utilisés pour ce suivi (rapports des experts, avis de la direction de l'établissement et avis des instances locales [CTE, CME...]) ont été élaborés à partir de diverses contributions.

Des visites de membres du comité de pilotage (suivi national) ont été également organisées sur les sites au printemps 1996. Par ailleurs, un consultant a été retenu pour accompagner le comité de pilotage dans sa demande de suivi. Il assurera la formation des membres du comité de pilotage à l'audit ; il contribuera à l'élaboration d'un glossaire et à la définition de la méthodologie d'enquête de terrain et d'indicateurs de résultats.

Quelques orientations se dégagent des premières visites de sites. Elles concernent le profil des experts, les effets de l'expertise sur l'environnement, le cadre dans lequel de tels projets semblent bénéfiques, mais il ne s'agit que des premiers résultats non encore validés par le comité de pilotage de l'expérimentation.

Du profil de l'expert, on peut dire qu'il s'agit d'un agent très motivé, qui a reçu une formation spécifique : méthode et outils. Cet agent exerce à temps partiel des activités spécifiques qui dépassent le cadre d'un exercice professionnel classique. L'agent a une forte culture hospitalière ; il maîtrise complètement le domaine sur lequel il travaille en tant qu'expert ; il est reconnu de sa hiérarchie, de ses pairs ; il transmet ses connaissances, ce qui nécessite une certaine autorité. Il doit gérer un ensemble de données de résultats ou d'informations diverses.

Les effets de l'expertise apparaissent très positifs sur le fonctionnement de l'établissement ou du service. Elle débouche sur de meilleures prestations. Elle dynamise le travail réalisé dans l'environnement de l'expert (secteur administratif ou technique, soins...).

L'expertise cependant ne doit se développer que si un besoin a été bien identifié dans le projet médical ou le projet d'établissement. L'expertise ne doit pas être une fonction pérenne même si le domaine ou les fonctions définies et développées dans ce cadre sont considérées comme définitives dans l'établissement (hygiène par exemple...).

Il est aujourd'hui certain que les "experts" ont à travers ce type de mission une possibilité de diversifier leurs missions et que leur rôle comme leur position dans l'institution hospitalière est fortement valorisé.

Aide-soignant ou infirmier, cadre paramédical, personnel administratif ou technique, les "experts" rencontrés sont très motivés, passionnés et passionnants.



**Paulette KOSSANYI**

Chargée du Dossier,  
Bureau des Professions Hospitalières,  
Direction des Hôpitaux.

## ENTRETIEN EXCLUSIF

### Pour quoi créer un coordonnateur du plateau technique dans les établissements de santé ?

Tout d'abord définissons ce qu'est ou peut être le plateau technique. Selon le contexte de l'hôpital (structurel, organisationnel, stratégique...) le plateau technique est plus ou moins étendu. Dans cet entretien, par plateau technique, j'entends plateau médico-technique et de rééducation, c'est-à-dire les activités paramédicales des personnels médico-techniques et de rééducation.

Les évolutions technologiques, scientifiques et médicales dans un contexte de contraintes économiques font que les plateaux techniques ont une importance stratégique et financière telle qu'ils constituent une entité incontournable dans la dynamique hospitalière.

À l'origine du poste de coordonnateur on trouve souvent une volonté forte de la direction de restructurer l'hôpital et/ou le plateau technique de manière transversale et d'avoir un interlocuteur unique et représentatif de ce plateau technique. Dans tous les cas, le souci de rationalisation des moyens impartis au plateau technique semble avoir été déterminant : il faut arriver à une gestion transversale de ce plateau technique considéré comme pôle fonctionnel. On comprend donc aisément que le coordonnateur, à qui l'on demande "d'orchestrer" cet ensemble de métiers, d'activités de techniques et de compétences diverses se retrouve au croisement de la recherche de synergies et de la tradition d'autonomie des services, ce qui n'est pas une position facile.

Dans tous les cas, l'émergence de cette fonction répond à un double besoin : celui de l'institution (rationalisation, optimisation) et celui des professionnels (reconnaissance, expression, partage, écoute...), le tout dans un but d'amélioration de la qualité des prestations hospitalières.

### Qu'est ce que serait le coordonnateur du plateau technique ?

À ce stade de la réflexion, il est difficile de répondre de façon exhaustive à cette question. Les missions, fonctions et rôles des coordonnateurs sont actuellement différents selon les établissements. Cependant il est possible aujourd'hui de dégager des missions, fonctions et rôles communs quel que soit le lieu d'expérimentation (expérimentation lancée par la commission Piquet) ou d'existence de cette fonction hors site d'expérimentation, à savoir :

- coordonner les différentes activités médico-techniques et de rééducation,
- gérer les interfaces avec le corps médical, la direction, le corps infirmier, l'extérieur...
- anticiper les évolutions de ces activités,
- participer à l'élaboration du projet d'établissement et à sa mise en oeuvre,
- rationaliser les moyens existants,
- optimiser l'organisation en place,
- initier une politique d'évaluation qualitative et quantitative coordonnée,
- contribuer à la définition d'une politique d'amélioration des conditions et des relations de travail,
- mettre en place les conditions pour que la recherche se

développe sur les activités qu'il coordonne,

- participer au développement de la formation,
- être un relais dans la communication, qu'elle soit ascendante ou descendante,
- être un médiateur, un animateur et un négociateur.



Annie BOURDIL  
Conseiller Technique  
Direction des Hôpitaux

### Pour qui ?

La notion de coordination doit amener à raisonner en terme fonctionnel, opérationnel. Le coordonnateur, s'il n'est pas le "super cadre supérieur" du plateau technique, se situe à l'interface des cadres supérieurs et doit bénéficier pour se faire d'un positionnement "hiérarchique" équivalent à celui de l'infirmier général et du directeur du service des soins infirmiers. Tous les surveillants chefs médico-techniques ou de rééducation pourraient prétendre à ce poste sous des conditions qu'il reste à déterminer.

Les professionnels du plateau technique ne sont pas corporatistes, mais ils souhaitent pouvoir se recentrer, s'exprimer, être entendus, écoutés et représentés.

### Comment se situera-t-il dans l'établissement ?

Il faudra raisonner en terme de positionnement du coordonnateur dans le processus de décision pour éclaircir "son articulation" avec le corps médical, la direction et l'infirmier général.

### Envisagerait-on la mise en parallèle avec la filière Soins ?

Un enjeu est l'évolution de la carrière de l'encadrement du plateau technique. Le dynamisme des infirmières, depuis plusieurs années maintenant, a ouvert la voie aux besoins de reconnaissance d'autres professions qui peuvent avoir le sentiment d'avoir été oubliées. De même, la traditionnelle façon de considérer le plateau technique entre autres comme "services annexes" alors que la partie noble de l'hôpital serait l'ensemble des services cliniques, a suscité des frustrations et des revendications bien compréhensibles. Des expériences menées depuis plus de 8 ans pour certaines, n'ont pas été sanctionnées par l'adoption d'un statut spécifique ni par la définition d'une fiche de poste homogène. Dans une organisation de droit public, où le positionnement de chacun est en principe fondé sur un statut (positionnement hiérarchique), l'apparition d'une responsabilité nouvelle, définie en interne par une fiche de poste dans le meilleur des cas, ne confère pas la reconnaissance ni la légitimité entière de l'institution. C'est pourquoi la Direction des Hôpitaux y travaille avec l'aide d'un groupe inter-professionnel.

Comment procéder pour éviter qu'un texte législatif, qu'un statut ne 'réenferme' et consolident le fonctionnement préexistant de l'hôpital quand on observe que la mise en place de nouvelles instances : "la commission du service des soins infirmiers" a parfois renforcé le cloisonnement dans nos institutions? L'innovation devient alors problème et ne fait qu'accroître le malaise initial qu'elle tentait de supprimer. Dans le langage de la théorie cybernétique, il s'agit d'un phénomène de rétroaction négative grâce auquel un système maintient son équilibre interne sans le changer. Il va donc falloir gérer un paradoxe de plus. C'est à cette gestion que nous réfléchissons aujourd'hui.

Entretien : Michel GEDDA

## TÉMOIGNAGE

**Patrick ROTGER,**

Coordonnateur de Plateau Médico-technique,  
Centre de Pédiatrie et de Rééducation de BULLION (78).

### RECETTE POUR RÉALISER LE MÉTIER DE COORDONNATEUR AU CENTRE DE PÉDIATRIE DE BULLION

#### INGRÉDIENTS :

Vous prenez le cadre responsable de la Rééducation.

- Vous le présentez à la Direction de l'Établissement, qui est favorable pour cette expérience de Coordonnateur et qui donne son plein accord.

- Vous ajoutez une aide précieuse de la part de la Direction des Ressources Humaines.

- Vous recevez une large confiance du Corps Médical.

- Vous n'oubliez pas la concertation permanente avec l'Infirmière Générale.

- Vous n'omettez surtout pas le dialogue et le contact permanent avec les Cadres ou les Responsables du Plateau Médico-Technique (P.M.T.) et de Rééducation.

#### LA PRÉPARATION :

Pendant la lente prospection de tous ces ingrédients, le Coordonnateur s'arme de patience, prend du temps pour écouter, comprendre, réfléchir. Il observe, se fait aider, et développe un grand sens du relationnel.

#### LES RÉSULTATS :

Vous obtenez un Coordonnateur :

- qui a un rôle de Représentativité du P.M.T. dans les Instances de l'Institution,

- qui est un Interlocuteur privilégié devant la Direction du fait de la connaissance de l'activité du P.M.T.,

- qui par la Transversalité de son travail, a un rôle important sur la descente et la remontée des informations,

- qui par un travail d'Évaluation avec les professionnels des services, connaît les compétences et les limites du P.M.T.,

- qui est sensibilisé aux problèmes de Ressources Humaines (embauches, redéploiement...) et de la Gestion,

- qui est un des Responsables du développement du Partenariat avec d'autres plateaux techniques (travail à l'extérieur) et du décloisonnement des services (travail à l'intérieur).

C'est grâce à ce mélange des ingrédients et à cette préparation que je suis coordonnateur à Bullion depuis plus d'un an.

Ce métier de responsabilités, qui demande des compétences diverses et beaucoup de travail, reste pour moi plus qu'attractif : il est attirant. Devant le développement et l'importance des plateaux techniques et de rééducation, le métier de Coordonnateur, même s'il est encore tout jeune, ne semble plus utile mais nécessaire.

**“En 90 secondes votre service  
traite une douleur aiguë  
grâce au froid à -78°C !”**



LE CRYOTRON en action sur la cheville du sportif

### *Le CRYOTRON : l'innovation du froid médical au service de votre équipe.*

- Analgésie instantanée, grâce à la diminution de la conduction des fibres nociceptives.
- Diminution de la poussée inflammatoire aiguë, grâce à la réduction de l'activité et de la production des médiateurs chimiques.
- Drainage de l'oedème et réduction des hématomes, grâce à l'effet vasomoteur engendré par le froid et la pression du gaz carbonique.
- Relâchement musculaire intense grâce à l'action supérieure du froid (par rapport au chaud), sur les fibres musculaires non-myélinisées.

**Une utilisation très facile :** Le Cryotron est à la portée de tous les professionnels ; CRYONIC MÉDICAL forme gratuitement votre équipe à son utilisation.

**Un essai gratuit sans engagement.**

**Un nouvel équipement sans investissement :**

CRYONIC MÉDICAL a mis spécialement au point pour vous une formule rentable immédiatement, sans investissement.

Prix de l'ANVAR-FRANCE-INFO - Prix FONDATION ALSACE.

# Cryonic

**MEDICAL**

L'efficacité immédiate du froid à -78°C

“Le Martinet du Haut”

39110 SALINS-LES-BAINS

Tél. 03 84 37 97 70

Fax. 03 84 73 01 36

**OUI, JE SUIS INTÉRESSÉ(E), SANS ENGAGEMENT DE MA PART, PAR LE CRYOTRON :**

- Merci de m'adresser votre documentation.  
 Merci de prendre contact pour une démonstration gratuite.

NOM.....Prénom.....

Adresse.....

.....Code Postal.....

Ville.....

Tél.....Fax.....

Merci de remplir, découper et retourner ce bon à :

CRYONIC MÉDICAL “Le Martinet du Haut” - 39110 SALINS-LES-BAINS  
ou faxez le au 03.84.73.01.36

## PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



**Nicole PIAZZA**

**Directeur d'Hôpital**

41 ans, séparée, 5 enfants

MKDE en 1977 à Lariboisière  
MCMK en 1985 à Paris (I.N.K.)

Surveillante en 1986

Surveillante-Chef en 1989

E.N.S.P. en 1992-1994

Actuellement : **D.R.H.**  
**au C.H. d'ALÈS (30)**

### Quel a été votre parcours professionnel, et pourquoi ?

J'ai commencé mes études de Kinésithérapie une année après le bac. Le seul aspect de ce métier que je connaissais était l'exercice libéral. J'avais, en effet, bénéficié de quelques séances étant adolescente. J'ai choisi ce métier pour pouvoir exercer avec celui qui allait devenir mon mari, alors en troisième année. C'est au cours de mes stages que j'ai découvert le secteur hospitalier. Je m'y suis engagée après mon Diplôme d'État sans envisager d'y faire carrière. Mais très rapidement je me suis prise au jeu et ai éliminé l'idée de quitter les hôpitaux.

L'école des cadres a été la conséquence d'une opportunité inattendue. J'exerçais alors dans un C.H.U., dans un service central qui ne comprenait que des kinésithérapeutes mais géré par une surveillante-chef infirmière. J'ai passé des années à protester contre cet état de fait. Si bien que lorsqu'elle est partie, j'ai été mise au pied du mur : soit je faisais l'école des cadres, soit elle était remplacée par une autre infirmière. Je n'avais pas au départ l'intention de ne me consacrer qu'à des tâches administratives, mais j'ai eu rapidement la charge, en plus du service central, d'un service d'hospitalisation de 30 lits. J'ai alors constaté que la gestion d'un service était une activité passionnante. C'est à l'école des cadres que j'ai appris l'existence de l'École Nationale de la Santé Publique, ainsi que des modalités d'accès. J'avoue qu'au paravant, je ne

m'étais jamais préoccupée de l'origine des directeurs d'hôpitaux. C'est une combinaison de facteurs qui m'a conduite à faire le choix de ce changement de métier : motivation pour la gestion et envie de mettre à profit ma connaissance du terrain, frustration d'être en fin de carrière, envie de relever un défi, de savoir si j'étais capable d'exercer cet autre métier et besoins financiers pour assurer la charge de mes enfants.

Je n'ai pas à ce jour de plan de carrière défini. J'ai fait le choix des Ressources Humaines, c'est une fonction difficile et je suis loin d'en avoir fait le tour. Peut-être resterai-je dans cette fonction, dans des structures différentes, ou peut-être aurai-je envie dans quelques années d'aborder une autre facette du métier de directeur d'hôpital. Je n'ai jamais eu de plan de carrière défini, programmé. J'ai évolué en fonction de l'expérience acquise, de ma curiosité professionnelle ou de mes besoins. Si c'était à refaire, je crois que je referais la même démarche. Chaque expérience a été enrichissante, voire passionnante.

Mon évolution professionnelle ne doit donc absolument pas être lue comme un désaveu de la Kinésithérapie. Je ne regrette absolument rien de mon parcours professionnel.

### Quelle est votre opinion sur le Cadre de Santé dans l'hôpital ?

La gestion d'un hôpital est de plus en plus difficile. Nous sommes loin de l'époque où il suffisait de remplir les lits pour obtenir des crédits.

Le budget global avec ses taux restructurants, puis maintenant l'attribution du budget en fonction des points ISA, donc de l'activité, et demain des agences régionales, nous obligent à une rigueur de gestion accrue, une évaluation permanente de nos décisions. Que peut faire une équipe de direction si elle est coupée des services producteurs de soins, faute de cadres opérationnels? La gestion est un autre métier que le soin. Mais un véritable cadre paramédical, articulation entre l'équipe, le service et la direction, doit impérativement avoir la double compétence. Les cadres paramédicaux ont, à mon avis, échappé à l'extinction progressive de leurs fonctions. En effet, on pourrait imaginer un hôpital où, du fait de l'évolution des techniques médicales et paramédicales, le référent technique serait l'expert. Celui-ci tirerait sa légitimité de formations complémentaires solides et d'une expérience professionnelle reconnue. Ce pourrait être un cadre s'il remplit ces conditions, mais le titre de cadre n'entraîne pas automatiquement celui d'expert. La fonction cadre ne pourrait se recentrer que sur deux champs principaux :

- la gestion du temps de travail ou la continuité du service public ;

- et la gestion au sens large : l'administration de service.

Le premier item, quoiqu'étant une nécessité, ne devrait pas occuper plus que quelques heures par mois dans l'emploi du temps d'un cadre. Et de fait, c'est le deuxième item qui devient le plus important. La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, cite à de nombreuses reprises le mot "évaluation". Depuis, a été introduite la notion d'accréditation. Parallèlement, depuis le début des années 1990, les consultants sont de plus en plus sollicités ; ils sont spécifiquement formés à l'évaluation, entre autres. Enfin, les grandes filières de formation en gestion ont commencé à s'intéresser sérieusement à la gestion des établissements de santé. Je suis persuadée que si la formation des cadres n'avait pas évolué vers la prise en compte de ce besoin, les hôpitaux auraient peu à peu recruté des consultants internes sur des postes de cadres. Il me semble que les équipes en place l'ont bien compris.

Cependant, quelques inquiétudes persistent. Il s'agit essentielle-

ment du refus d'être encadré par un cadre de santé non issu de sa propre filière professionnelle. Je crois que ce nouveau programme, qui va renforcer les compétences en permettant une formation identique de professionnels issus des différentes filières, évitera justement cet écueil. Je conçois tout à fait la crainte des professions minoritaires, comme les kinés, qui refusent d'être encadrées par des infirmières. Outre que les textes sont clairs et formels sur ce point, je ne vois pas quel intérêt aurait un directeur à nommer un cadre de santé infirmier pour gérer des kinésithérapeutes, alors qu'il existera des cadres de santé kinésithérapeutes alliant à la fois la connaissance spécifique du domaine de la rééducation et à la fois des connaissances solides nécessaires à la gestion d'un service. Le cadre de santé kiné à une place qui lui est propre dans un hôpital au même titre que les autres cadres médico-techniques et de rééducation. Il ne relève pas de la hiérarchie infirmière mais doit travailler en coordination avec les cadres des autres secteurs, notamment des soins infirmiers. Sa propre évaluation doit être réalisée par son supérieur hiérarchique immédiat, cadre kinésithérapeute supérieur ou surveillant-chef ou le directeur, directeur des ressources humaines ou directeur d'établissement selon les cas. Par rapport à son équipe, le cadre de santé kiné a un rôle traditionnel d'encadrement. Il consacra bien évidemment moins de temps au planning qu'un cadre infirmier qui doit faire fonctionner un service 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, mais consacra davantage de temps à l'évaluation de l'activité, à l'évolution des pathologies traitées conditionnant les besoins en formation, en équipements, etc... Il aura un rôle majeur en communication afin que les kinésithérapeutes de son équipe ne se sentent pas marginalisés. Pour bien connaître leurs besoins, les valider et les transmettre en les justifiant aux décideurs concernés.

Si je dois recruter un cadre de santé kiné, je m'assurerais qu'il ait un certain nombre de qualités. En effet, pour qu'un cadre kiné puisse s'intégrer harmonieusement dans un établissement hospitalier, occuper toute la place qui lui revient, ne pas laisser son équipe se marginaliser, faire entendre sa voix, ne pas prôner des projets irréalistes dans le contex-

te budgétaire actuel, être capable d'évaluer le travail accompli, de mettre en place des démarches de qualité, il doit avoir des connaissances solides sur le fonctionnement de l'institution hospitalière, le droit hospitalier, et notamment le domaine de la responsabilité. Il doit être capable d'animer, de motiver son équipe. La formation de cadre de santé kiné me semble tout à fait adéquate. Alors, je crois que je ferais mon choix sur les capacités de communication. Il me semble qu'une fois les compétences que je viens de citer acquises et validées par le diplôme de cadre de santé, c'est la capacité à communiquer qui est essentielle. C'est cette capacité qui fait qu'un cadre a l'écoute de son équipe, capable de transmettre les besoins de celle-ci, capable de lui transmettre en retour les besoins de l'institution, capable de trouver la meilleure voie pour harmoniser les deux, capable de se remettre en question et d'évoluer.

Le cadre de santé kiné va très probablement voir prochainement des mutations dans son secteur d'activités, au même titre que les autres cadres médico-techniques et de rééducation. Il me paraît inconcevable que les expériences actuellement lancées par le Ministère, de coordonateur des activités médico-techniques et de rééducation, restent sans suite. Il faudrait pour cela qu'elles soient des échecs et elles n'en prennent pas le chemin. J'ai été, aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le porteur du projet "coordonateur des activités médico-techniques et de rééducation". Les objectifs étaient multiples mais le fil conducteur était l'association accrue des personnels médico-techniques et de rééducation aux processus de décision. Nous avons donc créé un collège des cadres médico-techniques et de rééducation, dont faisaient partie tous les cadres de ces secteurs et un représentant de chaque profession sans cadre. Ce collège a les mêmes compétences que la Commission du Service des Soins Infirmiers et un membre de chaque commission siège avec voix consultative dans l'autre. Pour le collège des cadres médico-techniques et de rééducation, il s'agit du coordonnateur. Celui de Strasbourg est une diététicienne qui a été choisie après sélection par un jury. Elle a, à titre expérimental, l'équivalent d'un grade d'Infirmière Générale de deuxième classe et en a en grande par-

tie les fonctions. Elle est chargée, avec le collège des cadres de l'élaboration du plan de formation, du plan social, de la mise en place des démarches qualité, etc... Elle assiste avec voix consultative aux instances de l'établissement et aux réunions de direction du secteur Ressources Humaines. Elle est donc un vecteur de communication ascendante et descendante. Je souhaite que cette fonction s'officialise, que les coordonateurs soient sélectionnés sur concours national et suivent, comme les infirmières générales, une formation à l'E.N.S.P.. C'est un nouveau défi proposé aux cadres de santé médico-techniques et de rééducation, et j'espère que de nombreux kinés le relèveront.

### **N'y aura-t-il pas demain des difficultés de recrutement d'enseignants dans les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie?**

Je ne vois pas pourquoi il y en aurait. Cette question fait allusion au fait que le programme de formation des cadres de santé n'est pas un approfondissement des connaissances de base. Je pense que c'est un faux débat : chacun a sûrement connu des enseignants, et non pas uniquement en kinésithérapie, qui étaient des puits de science mais qui étaient incapables de faire passer leurs connaissances, d'intéresser leurs étudiants, de les motiver pour leurs matières. Il me semble que les qualités pédagogiques de communication, les connaissances permettant l'évaluation sont essentielles. Le reste est affaire d'honnêteté intellectuelle. Je n'imagine pas un cadre de santé, chargé d'enseignement d'une matière dans une école de kinésithérapie, qui se contenterait de rassembler les connaissances dont il lui reste le souvenir depuis son Diplôme d'État dans la matière en question. Ses élèves verraient vite les failles. Mais dans le cas des enseignants actuels, même s'ils ont acquis des quantités de connaissances lors du passage du certificat de cadre, que leur resterait-il dix ans après, s'ils ne prenaient pas la peine d'actualiser en permanence leurs connaissances? Alors pourquoi les diplômés cadres de santé ne le feraient-ils pas? Je me répète mais je pense que c'est un faux problème. Les enseignants auront montré dès le départ, en réussissant leur Diplôme d'État qu'ils sont capables d'acquérir des connaissances professionnelles. Ils auront montré en

s'engageant dans le cursus de cadre qu'ils sont capables de se remettre en question et de réfléchir sur leur métier. Ils auront acquis tous les savoirs pédagogiques nécessaires à leur enseignement ; le reste est affaire de conscience professionnelle, de travail personnel, et ce durant toute la carrière.

### **Quelle est votre position sur le débat entre "cadre expert" et "cadre gestionnaire" ?**

J'ai expliqué tout à l'heure quel rôle je voyais au "cadre gestionnaire", les deux mots étant liés. Par contre, il n'en va pas de même pour "cadre expert" : l'expert n'est pas nécessairement un cadre. Je participe à la réflexion sur l'expertise puisque je fais partie du comité de pilotage de cette expérimentation ; je vais donc en dire quelques mots. L'expérience est née des revendications des soignants au début des années quatre-vingt-dix. Le mot a été avancé par les professionnels eux-mêmes, qui voyaient à travers cette notion la reconnaissance de compétences supplémentaires. Néanmoins, la distinction entre reconnaissance d'une expertise, intéressement, progression statutaire hors encadrement et enseignement... était floue. Pour y voir plus clair, et puisque l'idée venait des soignants eux-mêmes, le Ministère a lancé un appel à candidatures afin de savoir quel contenu les professionnels mettaient derrière le thème "expertise". Le Ministère a aussi décidé de ne pas limiter cette expérimentation aux seules infirmières mais de l'ouvrir à tous les professionnels paramédicaux, administratifs, techniques. Je n'ai pas de statistiques sur la représentation des cadres parmi les experts. En tous cas, de nombreux experts ne sont pas cadres, ils appuient leur expertise à la fois sur une expérience professionnelle de plusieurs années, et à la fois sur des formations complémentaires souvent universitaires.

Au bout de plusieurs évaluations des expertises sur le terrain, j'y vois un peu plus clair et je pense qu'il en va de même pour les autres membres du comité de pilotage. Deux types d'expertise ont été distingués : d'abord l'expertise professionnelle qui est l'approfondissement des connaissances professionnelles et qui n'aidera que les membres de cette profes-

sion, ensuite l'expertise institutionnelle qui s'apparente davantage à des fonctions transversales. Par exemple : un kinésithérapeute pourrait développer une expertise professionnelle en rééducation de l'incontinence ou une expertise institutionnelle en ergonomie hospitalière. Dans les deux cas, il doit y avoir transmission de connaissances. L'expert professionnel n'est pas un spécialiste qui garde ses connaissances pour son usage personnel. Certains ont employé le terme de référent. L'expert est une personne à laquelle on fait appel, mais il ne doit pas se substituer à celui qui l'appelle et faire l'acte à sa place. Quant à l'expert institutionnel, comme son nom l'indique, il est au service de l'institution et non pas seulement de ses pairs.

Je crois que c'est ce qui distingue l'expert du cadre. L'expert sort de son service, il conseille, il n'a pas de pouvoir hiérarchique pour faire faire. Certains cadres sont experts, certains experts ne sont pas cadres. Ce n'est pas la même fonction alors il ne faut pas les opposer, elles sont complémentaires. On demande beaucoup aux cadres, et de plus en plus. Je crois qu'il ne faut pas attendre d'eux qu'ils soient obligatoirement des experts dans leurs domaines professionnels de base. S'ils en ont envie, ils peuvent développer une expertise dans un domaine, mais ce sera au détriment de leurs fonctions d'encadrement. Toutefois cela reste possible, notamment pour ceux qui encadrent des petites équipes. Mais j'aimerais voir de plus en plus de cadres experts en gestion, en législation hospitalière, en comptabilité, en démarche qualité, en méthodologie d'évaluation, etc... À tout hasard, ce ne seront pas les experts professionnels ou institutionnels qui géreront les budgets des services...

### **Par rapport à votre métier actuel et à son organisation, quelles préconisations feriez-vous pour les cadres de santé kinés, pour répondre à leurs inquiétudes ?**

Je me trompe peut-être, mais je crois que l'inquiétude est liée à la non reconnaissance. De nombreux personnels médico-techniques et de rééducation ont l'impression d'être restés sur le quai lorsque le train a emmené les infirmières vers des pers-

pectives de carrière plus intéressantes. C'est vrai que l'on a l'impression que l'hôpital ne comprend que des soignants. D'ailleurs ce terme laisse entendre que les autres paramédicaux ne soignent pas. Mais j'ai l'impression que l'évolution de l'hôpital va rectifier cette tendance. L'hôpital de demain va se recentrer autour du plateau technique : d'une part son coût oblige à le rentabiliser, et d'autre part le développement des alternatives à l'hospitalisation va diminuer le poids des services traditionnels. Le plateau technique repose en grande partie sur les personnels médico-techniques et de rééducation, mais non pas exclusivement, donc pas de nombrilisme. Leur rôle va donc s'accroître et leur place être davantage reconnue. Mais pour cela, il faut être conscient de cette évolution, l'anticiper, se faire connaître pour se faire reconnaître, le faire savoir en plus du savoir-faire.

La grande majorité des expertises concerne les infirmières. Quand on demande pourquoi, la réponse est : "Ça c'est fait comme ça, on n'a pas pensé aux autres." Alors faites qu'on pense à vous. Ne vous marginalisez pas en restant uniquement dans vos services. Si la fonction de coordonnateur se crée dans votre établissement, proposez votre candidature. Intéressez-vous à la gestion. Devenez un interlocuteur de l'équipe de direction. Et si ce n'est pas assez, dites-vous que plus il y aura de kinés qui deviendront directeur, plus ceux-ci connaîtront cette discipline, et plus les kinés auront la place qu'ils méritent. Le cursus est simple : un préconcours, une préparation de 3 ou 9 mois à plein temps prise en charge au titre de la formation continue, à laquelle d'ailleurs la formation de cadre de santé ne se substitue pas. Un concours et 27 mois de scolarité, en partie à Rennes, en partie sur un terrain de stage.

Chaque année, des kinés se présentent et il y en a presque toujours un en formation. Cependant, vous ne deviendrez pas des kinés directeurs pratiquant un corporatisme effréné, mais des directeurs à part entière ayant acquis une connaissance du milieu hospitalier à travers un des métiers de rééducation. Et je dois dire que c'est plutôt une bonne méthode.

*Entretien : Philippe RIGAUD  
Michel GEDDA*

## ■ À NOTER

✚ Le nouveau directeur de l'Institut de Formation des Cadres de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes de "BOIS-LARRIS" est Monsieur **Gérard PIERRON**.

✚ Le nouveau directeur de l'Institut de Formation des Cadres de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes de MONTPELLIER est Madame **Cécile GERVAIS**.

✚ Le nouveau directeur technique de l'I.F.M.K. de TOULOUSE est Monsieur **Patrick CASTEL** (certificat cadre de 1980 à Montpellier, Licence des Sciences de l'Éducation, Toulouse 1995).

✚ Le nouveau directeur de l'I.F.M.K. de RENNES est Madame **Pascale GOSSELIN** (certificat cadre 1981 à Bois-Larris, D.E.A. de Psychologie Sociale, Université de Haute Bretagne-Rennes II en 1992).

## ■ VOTRE COURRIER

Le 05 janvier 1995, les professionnels masseurs-kinésithérapeutes membres de la Fédération Santé et Action Sociales, Confédération Française de l'Encadrement Confédération Générale de Cadres adressaient, par une lettre destinée à Monsieur François VAREILLE, Sous-Directeur des Professions de Santé au Ministère de la Santé Publique, leurs observations et demandes à propos de l'avant-projet de décret relatif à l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Les requêtes allaient, entre autres, dans le sens d'une meilleure représentativité des M.K. salariés et de la participation d'un membre titulaire du certificat de cadre kinésithérapeute aux collègues salariés.

Lors de la séance suivante du Conseil supérieur de la Commission des Masseurs-Kinésithérapeutes, il a été décidé une révision de la représentativité des M.K. salariés au sein des instances départementales, régionales et nationales.

Le principe d'attribuer une place spécifique à l'entité cadre en tant que telle, à quelque niveau de la structure ordinale, n'a pas été retenu.

Le complément indispensable dans le traitement des pathologies inflammatoires aiguës et chroniques:

### LA THÉRAPIE PAR ONDES COURTES PULSÉES

### Le CURAPULS 403



#### Les effets remarquables de cette thérapie sont :

- ★ Un soulagement rapide de la douleur.
- ★ Une cicatrisation accélérée par stimulation des mécanismes de défense du corps
- ★ Une résorption accrue des oedèmes et hématomes par stimulation de la circulation sanguine.

#### Deux modes de traitements possibles :

- ★ Athérique pour les pathologies inflammatoires aiguës Oedème, tendinite, entorses, arthrite rhumatoïde...
- ★ Thermique pour les pathologies chroniques Arthrose cervicale, gonarthrose bilatérale...

#### Caractéristiques

- ★ Entièrement digitalisé
- ★ Deux canaux indépendants.
- ★ Géré par micro-processeur (auto-contrôle des fonctions)
- ★ Grande fiabilité de réglage : de la puissance moyenne et puissance de crête, de la durée et de la fréquence des impulsions rectangulaires.

#### La qualité Enraf

- ★ Ecrans faradiques intégrés aux électrodes inductives permettant : Une action en profondeur accrue sans interférence électromagnétique avec vos appareils. Une action locale précise grâce aux deux diamètres de électrodes inductives.
- ★ Un contrôle de l'émission par une lampe témoin incorporée aux électrodes inductives

#### Support au praticien :

- ★ Livret thérapeutique complet sur les ondes courtes pulsées

Pour recevoir notre catalogue, appelez ou écrivez à :

#### ENRAF DIMEQ SA

15 rue Paul Langevin  
ZAC Les Beaudottes - BP 113  
93270 Sevran

Tél.: (1) 49.36.18.18, Fax: (1) 43.84.76.49

## COMMUNIQUÉ DU S.N.E.C.K.

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 2 FÉVRIER 1996 - DOMUS MEDICA PARIS 7°

La séance est ouverte à 19 heures 10. Dix membres présents, huit membres représentés.

Le président, Jean JUSSERAND, remercie les présents, mais d'emblée s'interroge sur le petit nombre de participants et la faible motivation des M.C.M.K.. Dès lors, une discussion s'engage sur l'opportunité de traiter les différents points de l'ordre du jour, certains participants préférant évoquer l'avenir de notre structure syndicale.

- Gérard PIERRON suggère de rattacher le syndicat à une association de "kinésithérapeutes spécialistes" puisque l'avenir de notre profession aboutit à la spécialisation.

- M. CASTELIN insiste sur la nécessité d'une spécification syndicale.

- Éric VIEL évoque les "Ambassades" et pense que cette structure devrait permettre de rassembler des idées nouvelles.

Une discussion s'engage alors sur le rôle de l'association de "spécialistes" et celui des "Ambassades". Le S.N.E.C.K. ne pourrait-il pas, sous sa forme actuelle ou tout autre forme, devenir le relais entre les "Ambassades" et nos tutelles.

Certaines initiatives, ainsi que les travaux des "Ambassades", nous laissent entendre qu'à court terme, le S.N.E.C.K. pourrait évoluer vers une structure fédérale plus largement représentative. Cela permettrait à tous les Cadres de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes de pouvoir participer à la promotion de notre profession. Tous les membres présents espèrent que ces initiatives se concrétiseront dans un proche avenir par la tenue d'une Assemblée Générale Extraordinaire.

Rapport du Trésorier Georges BERNARD : Après lecture du rapport de la commission de contrôle, le compte-rendu financier est adopté à l'unanimité. Quitus est donné au Trésorier.

Aucune question n'étant plus posée, la séance est levée à 20<sup>H</sup>45.

Jean-Marc DUPRE, Secrétaire Général.

**FRANCO & FILS**

CONCEPTEUR

DEPUIS 1955

N°1

TABLE ÉLECTRIQUE

CATALOGUE SUR DEMANDE

LONGÉVITÉ :  
Articulations montées sur paliers anti-usure.

FINITION :  
Poudre Polyester + Epoxy cuite au four à 200°C.

30 MODÈLES

SÉCURITÉ D'UTILISATION :  
Double isolation, commande par pression d'air (pas de fil électrique dans le châssis).

STABILITÉ :  
Section et conception des parallélogrammes.

Z.I. RN7 58320 POUQUES-LES-EAUX TEL 86 68 83 22 FAX 86 68 55 95

FRANCO & FILS

FRANCO & FILS  
D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX