



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 08 - Mai 1997

NOUVELLE FORMULE: SIX RUBRIQUES DE RÉFÉRENCE

■ ÉDITORIAL

Parfois le présent est plus fort que projets. L'actualité s'impose aux prospectives pour les emprendre d'intérêts non prévus. Face à leurs impacts potentiels, "La Lettre" a clairement exploré les entreprises du Ministère. De la réforme de la formation des cadres paramédicaux, de l'évolution des notions d'expertise, des fonctions du prochain coordonnateur de plateau technique..., nous voulions avertir, exposer et étudier afin d'inviter au débat.

L'information est passée ; nous estimons avoir con-

cordé à ces aspirations et poursuivons à présent ce qui a mû notre initiative : l'échange professionnel. Nous souhaitons en effet offrir un support de communication opératif et réellement utile.

En ce sens, notre structure évolue : le comité de publication se renouvelle et sept correspondants présentent leur chronique animée d'un thème usuel et pratique.

Nous proposons aussi un rendez-vous d'idées et de réflexions ouvert à qui s'y rendra.

Michel GEDDA
Directeur de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Actualités parisiennes
- Débat d'opinions :
Gérard CREPIN
François DUFEY
Michel GEDDA
- Parcours d'un cadre kiné :
Jean-Max VERNET
- Six Nouvelles Rubriques :
Documentation
Pédagogie
L'A.F.R.E.K.
Professions Santé
Mémoires cadres
Cadres en Europe

COMITÉ DE PUBLICATION

- **Daniel MICHON**
Enseignant-Formateur
I.F.M.K. et I.F.C.S. de Grenoble
- **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
- **François ZIMMERMANN**
Enseignant-Formateur
I.F.M.K. de Strasbourg

Sous la coordination de :

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

ISSN 1267-7728

SERVICES DIVERS :
La Lettre en braille sur simple demande
Site Internet : www.Kinémédia.fr

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

DOCUMENTATION



Sylvie VOINEAU

Documentaliste,

Unité de Documentation
de l'Institut de Formation "Bois-Larris"

Depuis le décret de Septembre 1976, portant création du certificat de Moniteur-Cadre de Masso-Kinésithérapie, savoir utiliser la documentation est une des compétences demandées au cadre kinésithérapeute.

L'objectif de cette chronique est de fournir des outils pour des recherches d'informations satisfaisantes en kinésithérapie et dans les domaines correspondants aux fonctions du cadre (administratif, pédagogie, management...).

Quels sont les outils et les centres ressource disponibles? Que peut-on en attendre? Quelles sont les modalités d'accès?

Documentation et kinésithérapie.

L'information en kinésithérapie dans son mode de production se rapproche de l'information médicale. Comme pour l'information scientifique en général le vecteur principal de l'information est le périodique, les plus intéressants et incontournables étant de langue anglaise, c'est à dire de portée internationale. Par contre la fréquence de son renouvellement est très différente. Si en médecine une information de plus de 5 ans est considérée comme caduque, il en est autrement en kinésithérapie où fréquemment des articles font référence 10 ans après leur parution. De ce fait, les centres de documentation spécialisés en rééducation dont les principales fonctions sont la collecte, le traitement et la diffusion de l'information d'actualités ont également une mission de conservation.

La recherche bibliographique en kinésithérapie

Une recherche bibliographique se pratique en plusieurs séquences, l'idéal étant de réaliser une veille (lecture régulière et attentive) sur l'ensemble des revues qui intéressent son secteur d'intérêts sans oublier les comptes-rendus de congrès, de conférences, documents difficiles à repérer car ils échappent aux circuits de distribution classique, et de pratiquer la recherche sur bases de données.

Le volume considérable que représente l'information scientifique publiée a donné lieu à la création de bases de données bibliographiques (BDB) indispensables pour le repérage et la diffusion de cette information. En rééducation, 4 bases sont couramment utilisées :

- **Medline**, créée aux États-Unis en 1966, interrogeable par Minitel au 36.29.00.36,

- **Pascal**, créée en 1973 par le C.N.R.S., interrogeable par Minitel au 36.29.36.01,

- **EMC**, créée en 1989 par les Encyclopédies Médico Chirurgicales (E.M.C.), interrogeable par Minitel sur le 3617 EMC,

- **Redatel**, créée en 1985 par l'association BLDOC (collectif pour la promotion de la documentation en rééducation) et accessible sur Internet par abonnement (s'adresser à l'Institut "Bois-Larris" au 03.44.67.11.40). Redatel est la seule base spécialisée en kinésithérapie accessible au public soit 43 000 références de langue française ou anglaise.

Pour réaliser une recherche exhaustive, Medline, Pascal et EMC doivent être consultées ; elles indexent en effet les revues des spécialités médicales dans lesquelles interviennent les kinésithérapeutes (rhumatologie, réanimation, orthopédie, pédiatrie...), et pour le choix des mots-clés il peut être profitable de solliciter les services des documentalistes. Pour répondre au souci de rapidité et d'efficacité, le recours aux centres de documentation est la solution adéquate. Un relevé des centres spécialisés en kinésithérapie et de leurs services sera l'objet de la prochaine chronique.

À NOTER

L'Institut de Formation "Bois-Larris" et la Société de Kinésithérapie organisent le samedi 14 juin 1997, la
**8^{ème} JOURNÉE
"RECHERCHE
ET
RÉÉDUCATION"**,
patronnée par l'A.F.R.E.K..

Madame le Professeur C. PEROT (U.T.C. Compiègne) et Monsieur Éric Viel (A.F.R.E.K. Paris) présideront les séances.

Inscription : 150,00 francs, repas compris, à :

INSTITUT DE FORMATION "BOIS-LARRIS"

B.P. 12
60260 LAMORLAYE

Tel : 03.44.67.11.30

Fax : 03.44.67.11.39

Le prochain salon **HÔPITAL EXPO** se déroulera du 30 mars au 03 avril 1998, au Parc d'Expositions de Paris-Nord. Cette manifestation s'articulera en 4 grandes zones d'exposition :

- le Plateau Technique médico-hospitalier,
- les Unités d'Hébergement et de Soins,
- la Logistique Hospitalière,
- l'Administration, la Gestion.

■ DÉBAT D'OPINIONS

Gérard CRÉPIN,

Masseur-Kinésithérapeute-Chef
du Centre Hospitalier Saint-Philibert,
et de la Maison Médicale Sainte-Camille,
Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

À la lecture de la dernière "Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute", mon attention a été particulièrement attirée par un article évoquant l'élaboration d'une Charte de Stage.

Mon impression première fut d'ordre général. Il est bien dans l'esprit de notre société et sa triple fracture issue de 1968, où chacun a fini par oublier la place légitime qu'il occupe selon son dû, sa nature ou sa mission ainsi que les obligations et devoirs qui vont avec, le tout reposant sur le confort, la tranquillité, l'intérêt ou la gloire personnels. La solution passe inexorablement par une **prise de conscience** sans concession des causes de ce mal-être, **individuelle ou collective**. Mais c'est aussi sans compter avec les habitudes prises et bien ancrées ; c'est surtout sans compter avec les incontournables monopoles d'influences de toutes sortes, installant une pensée unique et figée, bloquant tout changement ou renouvellement vrai d'idées et colportant le principe absolu que le fond du problème vient toujours des autres.

Aucun mal ne peut être traité efficacement qu'à la source, faute de quoi il se consume dans la chronicité jusqu'à la dégradation terminale. Il appartient à chacun, à chaque microcosme, à chaque génération de réajuster des références, une morale qui soient **siennes**. Il est nécessaire de renouer avec une **diversité vraie de pensées, de renouveler la Pensée**.

La gent kinésithérapique n'est pas exempte de ce mal-être, souvent affaiblie dans son image de marque au regard de sa clientèle, de ses prescripteurs, de ses tutelles.

La Masso-Kinésithérapie est de par ses origines une thérapie physique, une thérapie manuelle, une thérapie de contact du bout des doigts. Depuis 1970, l'enseignement délivré par les Écoles répond au principe du Devoir de Synthèse dans lequel le malade s'est vu transformé aux yeux des étudiants en image de synthèse. **Une image de synthèse a l'apparence du vrai, mais ça n'est pas du vrai**. À l'hôpital, le malade, vrai celui-là, est devenu l'otage de cette image de synthèse, support tout désigné pour permettre à l'étudiant d'exercer ses recettes théoriques. La théorie peut tout proposer dans l'abstrait ; le malade ne peut pas tout recevoir.

Le terrain de stage est parfois assimilé à un lieu de travaux pratiques, tandis que certains cours de travaux pratiques programmés en école sont transformés en des cours "où l'on gratte".

Or, le devoir de synthèse est remplacé par la mise en situation professionnelle, ce qui signifie que **le stagiaire prodigue des soins au malade**, qu'il n'est pas là pour y apprendre ses techniques. La mise en situation professionnelle n'est pas l'affaire d'une journée d'examen, mais de chaque jour.

La Loi Hospitalière de 1991 rappelle la priorité renouvelée à la mission de soins, elle rappelle aussi la nécessaire réduction de coût de santé dans un rapport **qualité de soins optimale/coût minimal**. Il n'y a du reste pas lieu de s'en révolter, ce principe étant induit depuis toujours dans la formulation du bon vieux serment d'Hippocrate

(la seule thérapeutique utile et nécessaire). Tout comme il paraît tout aussi évident que la technologie moderne doit se mettre au service du *thérapeute* et du *malade* et non pas l'inverse.

Les Masseurs-Kinésithérapeutes Chefs ainsi dénommés dans le privé (Masseurs-Kinésithérapeutes Surveillants-Chefs dans le Public) ont mission de gérer les services dont ils ont la charge administrative et de manager leurs personnels dans cet esprit. À l'intérieur de cette mission prioritaire, ils ont donc une vocation formatrice **naturelle**, mise en situation professionnelle oblige. En référence à l'article 3 de la chartre proposée, aucun "échange de projets" ne se justifie donc entre les Écoles et les plateaux techniques hospitaliers. Le terrain de stage est l'affaire des Masseurs-Kinésithérapeutes Chefs qui reçoivent dans leurs services des stagiaires impliqués directement dans la seule mission de soins, chacun sous la responsabilité d'un membre de l'équipe M.K. **soignante**.

En référence à l'article 5, un service de rééducation est "géré", et non pas seulement "animé" par un agent de cadre, identifié sous le titre de Masseur-Kinésithérapeute Chef. Un agent de cadre a pour mission d'encadrer, de cadrer, de recadrer, c'est-à-dire de faire faire et accompagner, faire faire et autonomiser, faire faire et discipliner ; il exerce une fonction contractuelle de gestion et de management, de prestataire de soins.

Le moniteur exerce par définition une fonction d'enseignant. Contractualisé par l'École ; son travail d'enseignant est délivré en École, qu'il s'agisse de cours magistraux ou de travaux pratiques. Si les dénominations étaient bien plus claires, on aurait moins tendance à mélanger les genres, surtout pour ceux qui ont une activité mixte, les fonctions étant parfaitement distinctes dans la pratique. Et de voir actuellement, depuis la disparition du M.C.M.K., des certifiés se présenter au titre de **Cadre de Santé** sans pour autant exercer la fonction d'agent de **cadre** ; à noter que les fonctions de Masseur-Kinésithérapeute Chef de groupe ou Masseur-Kinésithérapeute Surveillant sont des fonctions d'agent de **maîtrise**. La fonction hospitalière de **moniteur de stage** ne se justifie pas ; du reste, cette fonction n'est pas reconnue, ni indiquée dans les conventions collectives ou statuts hospitaliers. La mise en situation professionnelle la rend plus caduque encore. Un stagiaire doit être auprès d'un malade, à proximité d'un professionnel soignant.

Au nom de la mise en situation professionnelle et de la priorité à la mission de soins, il serait judicieux que la Kinésithérapie regarde des modèles voisins, et notamment le modèle infirmier. Sur le terrain, les élèves-infirmières sont intégrées d'emblée dans la mission, chacune sous la responsabilité d'une infirmière du service. En fin de stage, une monitrice salariée de l'École est envoyée par la dite École pour assurer l'épreuve pratique de validation sur un cas clinique en présence de l'infirmière surveillante du service. L'élève présente le dossier de soins du patient, puis réalise le soin du jour. Ce système, très "**mise en situation professionnelle**", fonctionne très bien.

Cependant, c'est aussi sans compter sur une profession paramédicale qui n'accepte pas les modèles qui marchent, qui refuse surtout d'être comparée aux infirmières, qui se croit toujours différente des autres, au risque de se marginaliser elle-même à trop vouloir jouer sa carte personnelle sans les autres.

Sur un bon terrain de stage, le stagiaire assume de véritables prescriptions écrites par un représentant du corps médical ; cette prescription est en conformité avec les lois de compétence relatives à l'exercice de la profession de Masseur-Kinésithérapeute. C'est l'affaire des Masseurs-Kinésithérapeutes Chefs que d'obtenir cela. Personne ne s'offusque d'un bon de labo ou d'un bon de radio sur les-

quels sont précisés objets et motifs de l'examen ; pourquoi s'offrirait-on d'un bon de Kinésithérapie...

Les professionnels soignants doivent renouer avec une justification de leurs choix thérapeutiques au moyen de bilans d'entrée écrits, de suivi écrit, de bilan de sortie. Ce sont de lourdes exigences mais il faut savoir s'imposer soi-même ces exigences avant qu'une loi ne le fasse pour nous. Le M.K. réalise devant un stagiaire le seul bilan concret, utile et nécessaire qui permette de répondre précisément à la prescription et d'établir un protocole de soins propre au malade concerné. Puis, il organise un suivi de malade ainsi qu'une transmission écrite. Enfin, il réalise un bilan de sortie accompagné d'une éventuelle lettre de liaison dont il garde copie. Le tout est centralisé dans le dossier de soins qui sera archivé. Cette démarche responsable doit "faire école".

L'article 12 traduit une ambiguïté quant au rôle propre de chacun qu'il est essentiel de respecter. Les Écoles ont pour mission première de délivrer la Connaissance de Base indispensable : anatomie, physiologie, pathologie, bio-mécanique et technologie générale. Cette dernière est enseignée sous forme théorique puis sous forme de travaux pratiques afin d'**assimiler** les gestes ; sur le lieu du stage, l'élève **adapte** ces gestes exécutés sous la responsabilité d'un professionnel **soignant**. Les professionnels, eux-mêmes, apprennent des gestes et techniques nouvelles dans les lieux de formation spécialisée, loin du malade... Ce dernier n'est pas un support pédagogique, il est demandeur d'un soin utile et efficace.

Dans un second temps, leur mission d'enseignement théorique est de corréler la Technologie Générale avec les pathologies, sous l'angle des indications, des contre-indications, de la posologie. Au niveau des techniques, l'enseignant d'École doit rester le plus exhaustif possible, précisant les spécificités ou particularités des techniques proposées, se refusant de principe au moindre parti-pris enseigné comme un absolutisme. Ce principe essentiel n'est pas assez souvent respecté ; comment s'étonner alors du décalage ressenti par le stagiaire devant un absolutisme non utilisé sur le terrain (où le M.K. a légalement liberté de choix). Encore faut-il enfin, que l'enseignement proposé colle avec la Réalité ; comment cela se peut-il lorsque des enseignements spécifiques sont prodigués par des enseignants qui n'ont pas l'expérience de terrain vécue tous les jours dans la spécialité concernée. Le Devoir de Synthèse a fortement ancré l'idée que l'on peut tout apprendre de la théorie, même sans expérience, qu'un cocktail bibliographique suffit à cela. **La théorie peut tout proposer ; le malade ne peut pas tout accepter**. Un tel constat est facile à corriger. Aux moniteurs de ne pas accepter des enseignements dont ils n'ont pas une expérience de terrain (intérêt d'une charte de l'enseignant!).

La dernière mission d'une École est de trouver les terrains de stage où le stagiaire pourra acquérir un véritable savoir-faire professionnel. Comment cela se peut-il lorsqu'un stage obligatoire de Pédiatrie est escamoté en stage de Maternité (cela existe)? Combien d'étudiants encore termineront leurs trois années d'études sans avoir connu d'authentiques stages de Traumatologie, Rhumatologie, Neurologie, Chirurgie Infantile, Chirurgie Thoracique, souvent transformés en lits de chirurgie ou médecine générale, V120... Demain entrevoit d'officialiser un authentique stage de gériatrie où le stagiaire apprend à adapter une authentique Kinésithérapie gérontologique, non plus résumée à cette seule et simpliste trottinothérapie qui ternit l'image d'un Ré-éducateur.

En conclusion, les Masseurs-Kinésithérapeutes Chefs ont mission de gérer leur plateau technique et de manager leur personnel au service de la Qualité du soin. C'est le commencement d'un bon stage. Laissons les remplir cette mission au service des malades et qui ne

saurait être amalgamée avec une mission d'enseignement au sein des Écoles. Cet enseignement doit, pour sa part, faire preuve d'un certain réalisme, sur le terrain le stagiaire ayant pour devoir d'adapter ses connaissances théorico-pratiques au service du seul soin utile.

Il ne faut pas s'attendre pour l'instant à une 4^e année, un renforcement du programme des études, une responsabilité médicale limitée à l'image des sages-femmes, la conjoncture n'est pas à cela. De plus, cette dernière décennie a fortement privilégié, aux regards de nos tutelles et de nos prescripteurs, une image théoricienne (recherches, doctorats en tous genres) aux dépens d'une science de terrain qu'on est en droit d'attendre de la part d'une thérapie physique et manuelle.

Il me semble judicieux de rénover notre profession en profitant de la conjoncture actuellement figée pour dépoussiérer sa fibre profonde et faire redécouvrir ses racines. Cela signifie dans mon esprit, renouer avec les valeurs de terrain, avec une intelligence manuelle... Renouer avec ses racines ne signifie pas être passéiste. Le mémoire (appelé aussi **étude de cas**), prisé par certains directeurs et enseignants, est passéiste : partant de la mise en situation de terrain, s'étouffant souvent de quelques ajouts non effectués, il impose un travail écrit de connaissances de base, puis une discussion d'ordre général, puis une bibliographie, il réinvente le devoir de synthèse... Ce mémoire n'est pas la mémoire de demain.

Il est important de tenir compte d'une diversité d'idées nouvelles parce-qu'il est important de renouveler la pensée... Les rencontres, les "Ambassades de Réflexion" sont une excellente idée, mais si ce sont toujours les mêmes directeurs d'École, leurs moniteurs, leurs enseignants qui s'y expriment. Et les professionnels **soignants**, salariés ou libéraux, quel souvenir gardent-ils de leur enseignement passé, de leurs enseignants, de leurs terrains de stage, de leurs cours...? Alors, un audit auprès de ceux-là...

À quand un diplôme d'État qui adhère totalement au concept de **mise en situation professionnelle**, c'est-à-dire composé d'une première épreuve **éliminatoire** de bilan clinique ; quelle portée thérapeutique peut avoir un geste technique devant son inadéquation? À quand un jury indépendant, surtout composé de **praticiens** ; car ici, il n'est plus question de bien dire, sûrement pas d'"occuper" les 30 minutes d'une séance, mais de sanctionner une aptitude à produire la seule thérapie à la fois utile et nécessaire, **à produire une "guérison"**. Il serait intéressant d'insister, pour ce qui concerne la seconde épreuve pratique de soins, sur les éléments d'appréciation suivants :

- Le protocole proposé par le candidat, répond-il à la prescription médicale?
- Y-a-t-il eu action contre-indiquée?
- Y-a-t-il eu geste dangereux?
- Le protocole proposé est-il à la fois "utile et nécessaire" (lutter contre le soin "occupationniste")?
- La mise en oeuvre des gestes laisse-t-elle une réelle impression d'efficacité (sanctionner le "papouillage")?
- Aptitude à choisir un critère d'évaluation intermédiaire, objectif, reproductible, émulateur?

Ces éléments concrets intéressent en premier chef nos patients.

Alors en 1997, une Fédération des Masseurs-Kinésithérapeutes Chefs?... dont l'action serait de centraliser les idées et moyens pour faire re-connaître la spécificité de la profession, aux vues de ses racines, la sortir de cette marginalité dans laquelle elle s'est installée à trop jouer d'un élitisme intellectuel aux dépens de sa mission de terrain, lui redonner la juste place qui lui revient dans la chaîne des soins. Ce gros travail de re-connaissance passe par l'Hôpital. Nos stagiaires sont impliqués dans la rénovation de notre profession qui sera aussi la leur.

■ PÉDAGOGIE



**Béatrice
CHAPIN-BOUSCARAT**

*Cadre de Santé M.K. au sein du
groupe hospitalier Bichat Claude Bernard (Paris)*

Formatrice en I.F.M.K.



Pascale JAILLARD

*Cadre de Santé M.K. à l'hôpital
Raymond Poincaré (Garches)*

Formatrice en I.F.M.K. (Lariboisière, Assas)

Cette rubrique se veut ouverte à toutes vos expériences et réflexions en matière de formation, qu'elle soit initiale, continue, interprofessionnelle... Son objectif est la construction d'échanges sous diverses formes : interview, reportage, lettres ouvertes, compte-rendu de congrès, réunions, expérimentations... afin que les cadres de santé puissent partager leur questionnement.

Nous souhaitons respecter une diversité d'expression en laissant la parole à des professionnels ayant des points de vue, ou des référentiels, différents (cadres de santé M.K. mais aussi autres professionnels, kinésithérapeutes, étudiants...). À partir des expériences et des réflexions rapportées dans cette rubrique, nous voudrions permettre au cadre de santé de faire évoluer ses pratiques de formation et d'encadrement, ainsi que ses projets.

Apprentissage en stage et à l'école : Comment vit l'échange ?

La formation en Masso-Kinésithérapie, tout comme pour d'autres professions paramédicales, est fondée sur le modèle de l'**alternance** : alternance de l'apprentissage en stage et en Institut de formation. Dans ce type de fonctionnement, le rôle, la spécificité, les objectifs de l'un de ces deux lieux de formation ne peuvent se définir que par rapport à l'autre lieu de formation.

Notre objectif est d'illustrer ce que peut être le rôle des formateurs vis à vis de l'étudiant qui apprend dans cette situation d'alternance.

De manière très schématique et pour nous permettre d'analyser cette situation, nous avons posé 2 cas de figure à propos d'une pathologie et de son traitement :

- *Premier cas* : l'étudiant appréhende initialement la pathologie en Institut de formation, puis en stage ;
- *Deuxième cas* : l'étudiant appréhende la pathologie en stage, puis en Institut de formation.

Premier cas :

L'étudiant appréhende initialement la pathologie en Institut de formation...

Le problème en Institut de formation, quel qu'il soit, est de former les étudiants à soigner, à rééduquer une personne qui n'est physiquement pas présente : le patient. Ceci est renforcé dans le cas qui nous intéresse, par le fait que ce patient n'évoque pas grand chose de "connu" chez l'étudiant.

Un des premiers objectifs du formateur école est de chercher à ce que l'étudiant se construise une représentation de ce type de patient. Ce travail est indispensable pour donner du sens à l'apprentissage école, éviter qu'il ne devienne une coquille vide, totalement coupé du malade et sans finalité, ce qui risque d'amener au désintérêt de l'étudiant.

De manière concrète, ce travail sur la représentation peut se faire à partir du "mime" : dans un premier temps, les formateurs école miment les patients en incitant les étudiants à une observation active, puis progressivement amènent les étudiants eux-même à mimer, en leur faisant sentir et intégrer quelles peuvent être les réactions du patient. Ce travail a également pour avantage de les sensibiliser à une observation plus fine lors du stage. Il se fait aussi au travers de films, où à nouveau l'étudiant est sollicité à une observation active du comportement du patient.

Parallèlement à ce travail sur la représentation, un autre objectif du formateur école est de proposer à l'étudiant un apport théorique et technologique :

- *apport théorique* concernant la pathologie, avec les notions fondamentales que l'étudiant doit connaître pour construire son traitement ;

- *apport technologique* concernant la rééducation avec une gamme de techniques variées et spécifiques, dans laquelle l'étudiant choisira par la suite pour construire son traitement.

L'apport théorique participe à la construction de la représentation ; la représentation donne du sens à l'apport technologique.

Enfin, un autre objectif du formateur est de faire travailler l'étudiant sur la démarche thérapeutique : à partir d'un constat (bilan), poser le problème du patient, définir des objectifs et déterminer un choix de moyens pour aller vers ces objectifs. La démarche se sert de la représentation et de l'apport théorique.

Ces trois pôles que sont la représentation, l'apport théorique et technologique et la démarche thérapeutique ne sont pas des temps successifs ni séparés de la formation. Ils sont un guide pour le formateur, et se nourrissent les uns des autres, à condition que le formateur incite l'étudiant à les mettre en interaction. À partir de là, l'étudiant commence déjà à se mettre en situation et expérimenter sur ses collègues.

... PUIS EN STAGE

L'étudiant arrive en stage en s'étant déjà construit en Institut de formation une représentation non seulement de la pathologie mais également du traitement M.K..

La particularité du stage est que le patient est physiquement présent avec sa pathologie, son vécu, sa personnalité. L'étudiant est confronté à cette réalité :

- *réalité* qui fait appel à la relation avec le patient, et au retour donné à chaque instant par celui-ci,

- *réalité* qui évolue également par l'environnement du patient, de l'équipe, par exemple les informations quotidiennes données par le médecin ou l'infirmière,

- *réalité* avec la diversité des patients présentant une même pathologie, chacun en ayant sa propre manifestation et son propre vécu.

Le problème rencontré le plus fréquemment au cours du stage, est que l'étudiant cherche à retrouver ce qu'il sait, il fait appel à sa mémoire et non à la confrontation de son analyse de la réalité et de ce qu'il sait. Il ne construit pas à partir de la réalité, mais à partir de ses connaissances théoriques. Il ne fait pas le lien entre sa compétence cognitive et la réalité du patient.

Le rôle du formateur de terrain se situe à ce niveau. Son objectif est de faciliter d'une part la mise à distance par rapport aux connaissances théoriques, et d'autre part de faciliter leur exploitation pour analyser la réalité. Le formateur dispose d'un certain nombre d'outils pour accompagner l'étudiant dans son analyse de la réalité :

- la formalisation de l'observation de l'étudiant,
- le questionnement du formé, du formateur,
- l'incitation à l'auto-évaluation.

Une fois l'analyse faite de la réalité et de ce qu'il a expérimenté en Institut de formation, l'étudiant peut alors adapter sa technologie, son traitement en fonction des aboutissements de sa démarche. Adaptation qui est l'ultime étape permettant l'individualisation du traitement.

Deuxième cas :

L'étudiant appréhende initialement la pathologie en stage...

Il est confronté immédiatement à la réalité du patient et de son environnement médical, instrumental, familial.

C'est la période d'observation de la réalité. Il regarde, touche, sent pour recueillir les informations qui vont lui permettre de mieux l'appréhender. Ensuite, il pioche dans ses connaissances théoriques, fait des recherches bibliographiques, questionne son référent de stage ou le médecin par exemple, pour se constituer un apport théorique stage.

L'objectif du formateur est ici de solliciter l'observation de l'étudiant, sa sensibilité tactile, sa connaissance, et de l'inciter à recueillir le maximum d'informations de tous ordres.

Dans un second temps, l'étudiant analyse son observation, ce qu'il a vu, senti, et pioche dans ses connaissances théoriques antérieures et acquises en stage.

À cette période, le rôle du formateur est de solliciter sa réflexion, son questionnement. Cette démarche va permettre à l'étudiant de trouver le lien entre ses connaissances théoriques et la réalité pour construire sa prise en charge thérapeutique. À partir de son observation de la réalité, de l'apport théorique suscité et de son analyse, l'étudiant peut alors construire son propre vécu de stage.

... PUIS EN INSTITUT DE FORMATION

Dans ce deuxième cas, l'étudiant arrive à l'école et va confronter son vécu de stage à l'apport théorique et technologique qu'elle lui propose.

Le problème ici est que le vécu de stage est presque toujours prégnant, et prend le pas sur ce que l'étudiant apprend à l'école, d'autant que dans ce cas l'apprentissage stage précède l'apprentissage école.

Un des objectifs importants du formateur école est dans ce cas de chercher à ce que l'étudiant se mette à distance de son vécu de stage. Cette mise à distance est nécessaire, afin qu'il puisse remettre en question ce vécu, l'analyser y compris à l'aide de critères proposés par le formateur, le "critiquer", pris dans un sens non péjoratif, le confronter à d'autres apports qu'il soit d'école ou autre et l'amener à un réajustement de cet apprentissage en stage. Ceci peut se faire par exemple au travers de "cas cliniques" divers, rapportés du terrain à l'école sous la forme écrite ou orale, et servant de point de départ à une discussion.

CONCLUSION

Seul l'étudiant apprend, lui seul peut faire des liens entre ce qu'il apprend en stage et ce qu'il apprend à l'école, mais les formateurs doivent prendre en compte l'alternance dans cet apprentissage pour inciter l'étudiant à tisser ses propres liens.

Le rôle des formateurs stage ou école, n'est-il pas en fait de formaliser avec l'étudiant des critères qui vont le guider dans sa démarche d'apprentissage?

Nous pourrions évoquer aussi les échanges directs entre le stage et l'Institut de formation, qui paraissent opportuns dans ce contexte d'alternance. Des rencontres *formateurs stage-formateurs école* n'ont-elles d'ailleurs pas pour avantage de montrer aux étudiants que si le stage et l'école se parlent, peut-être lui aussi peut les faire dialoguer...

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Jean-Max VERNET Formateur Chargé de Recherches chez L.P.G. SYSTEMS

41 ans

MKDE en 1978 à Nancy
MCMK en 1989 à Montpellier

Kinésithérapeute-Chef
au C.M.U.D.D. à Saint-Hilaire
du Touvet de 1989 à 1996

Quel est votre parcours professionnel ?

En 1978, à l'obtention du DE, j'ai travaillé dans un centre de rééducation de la région grenobloise. C'était un établissement de pointe en rééducation vasculaire. Cette première expérience fut pour moi déterminante car dans mon exercice professionnel, j'avais accès à différents outils d'exploration. Curieux de nature, j'ai pu tester "l'efficacité" de certains exercices respiratoires, musculaires ou de massage sur la circulation de retour. Que de vérités démenties! Combien de choses enseignées fausses reposant davantage sur des théories un peu fumeuses plutôt que sur l'expérimentation! Ce fut pour moi déterminant, et mon goût pour l'étude expérimentale débute en fait à cette époque.

J'ai fait ensuite une courte expérience libérale, interrompue pour des problèmes relationnels avec mon associé. Après, j'ai travaillé 6 ans avec des enfants et des adultes polyhandicapés : de là est né mon intérêt pour la rééducation neurologique.

En 1989, j'ai pu suivre la formation de Moniteur Cadre en Masso-Kinésithérapie à Montpellier. Une année importante pour moi : beaucoup de remises en cause professionnelles et personnelles mais une "super" année.

Après, j'ai eu la chance d'assurer les fonctions de Kinésithérapeute-Chef au CMUDD à St Hilaire-du-Touvet près de Grenoble, où j'ai pu optimiser mon intérêt pour la rééducation neurologique et où j'ai vécu au quotidien ce qu'était gérer une équipe de Masso-Kinésithérapie dans une structure aussi complexe. Parallèlement à cela, j'ai enseigné la rééducation en neurologie centrale à l'IFMK de

Grenoble, et j'ai vraiment découvert le métier d'enseignant. Une passion, depuis, que de transmettre un savoir (en toute modestie) basée sur une réflexion et un vécu professionnels. Au total, un parcours avec un vécu de recherches, d'enseignement et d'encadrement. Les 3 facettes du métier de MCMK!

J'ai rencontré LPG Systems, mon employeur actuel, au cours des Jeux Paralympiques de Tignes-Albertville. Je m'occupais alors de l'équipe de France Handisport de biathlon et de ski nordique. LPG m'a prêté une machine pour m'occuper des athlètes. Les Jeux finis, la machine a naturellement été utilisée dans le Service de rééducation. Depuis, notre collaboration n'a cessé de se développer pour aboutir aujourd'hui à cette situation et à l'emploi qui est le mien.

Qu'est-ce qu'un MCMK fait dans une entreprise telle LPG Systems ?

La définition de mon poste est "Formateur-Chargé de recherches". En collaboration avec Jocelyne Rolland, MCMK également attachée à temps plein à LPG Systems, nous développons et assurons les séminaires de formation délivrés aux MK qui font l'acquisition d'un appareil de la gamme.

Plusieurs sessions sont organisées par mois et des actions de formation hors cadres sont assurées à la demande. Je retrouve là le métier d'enseignant auprès de confrères. Pour l'anecdote, plus de 1000 MK ont reçu cette formation en 1996.

En ce qui concerne la recherche, LPG Systems travaille dans le monde entier avec des spécialistes, chirurgiens, MK, fondamentalistes, vétérinaires, médecins sur

des projets de recherche. Mon rôle consiste à coordonner ces actions et à les suivre.

Nous sommes en fait, Jocelyne et moi-même, les correspondants "scientifiques" de la société. Mais dans la société, est aussi installé un centre d'évaluation : nous traitons des patientes et évaluons ainsi nos traitements, nous validons nos théories, affinons notre expérience. Pour moi, c'est aussi l'occasion de ne pas perdre la main et de garder ce côté praticien que j'ai toujours voulu préserver, même en assurant mon rôle de chef de service à St Hilaire-du-Touvet. Je tiens beaucoup à ce rapport soignant-soigné. Je pense que l'on enseigne bien que ce que l'on pratique.

Pourriez-vous développer l'aspect 'Recherche' de votre fonction ?

Oui et non. Il faut comprendre que dès que l'on est dans le domaine de l'Entreprise, l'espionnage industriel existe véritablement ; ce fut pour moi une découverte! LPG Systems est une société leader, en réelle avance technologique et beaucoup copiée, je ne peux donc pas vous dévoiler les sujets sur lesquels on travaille aujourd'hui. Top Secret. Mais regardez ce qui a été fait ces dernières années. Il suffit de citer un seul exemple : l'étude sur les effets du massage sur la fatigue musculaire réalisée par Pierre Portero avec l'IBSV et qui sera présentée aux journées de Bois Larris 'Recherche et Rééducation' en juin.

Sachez simplement que par ce biais j'ai la chance de travailler avec les meilleurs spécialistes et que, par les études menées, j'ai véritablement l'impression de faire avancer la Kinésithérapie dans des domaines très variés mais fondamentaux.

Débouché unique ou prospective pour les C.S.K. ?

LPG Systems salarie 2 MCMK à temps plein, c'est effectivement, il me semble, une situation d'exception. Peu d'entreprises ont réellement cette démarche conjointe de formation et de validation scientifique. Sûrement un exemple à suivre. Le plus surprenant, lorsque l'on vient du milieu public ou semi-public, c'est l'approche du monde de l'Entreprise, entre autres au regard des moyens qui peuvent être mis à disposition pour développer la technique, la recherche...

Je sais que cette évolution professionnelle étonne beaucoup de mes confrères, mais la richesse du métier de MCMK n'est-elle pas justement d'offrir une grande diversité d'orientation tout en restant au service de la Kinésithérapie?

Entretien : Michel GEDDA

DÉBAT D'OPINIONS

François DUFÉY,

Directeur,
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie,
Hôpital Lariboisière (AP-HP).

LA SANTÉ PUBLIQUE EN DANGER

Si les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie sont un jour dirigés uniquement par des Directeurs issus de la profession, et non plus par des Médecins, comme cela est encore partiellement le cas, la santé publique est en danger.

Telle est la réaction abrupte et non contrôlée du syndicat français de médecine physique et de réadaptation (SYFMER) à un projet d'arrêté non moins abrupt et choquant dans sa forme, projet émanant du secrétariat d'État à la santé et à la sécurité sociale, déclarant dans son article premier : "La direction de l'école est assurée par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'État titulaire du diplôme de cadre de santé, du certificat de masseur-kinésithérapeute-moniteur ou du certificat de moniteur-cadre de masso-kinésithérapie." S'il est un indicateur fiable de la précipitation avec laquelle a été rédigé ce texte, c'est l'oubli par ce même ministère d'un décret signé en 1994 transformant les écoles en Instituts.

Cet épiphénomène franco-français provoque un léger remous à la surface de la mer d'huile baignant traditionnellement les relations médecins/kinésithérapeutes. Par sa forme imprévue et cavalière, ce projet fait émerger des questions de fond : Qui peut et qui doit diriger les écoles paramédicales?

La situation actuelle :

Il existe à ce jour en France environ 440 écoles paramédicales sous la tutelle du Ministère de la Santé. Parmi elles, 84% sont dirigées par des professionnels issus des filières concernées, et 16% par des médecins. Pour ce qui est des 35 Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie que compte le pays, 20 environ sont dirigés par des médecins. Ces Instituts se classent en plusieurs catégories :

- 12 Instituts publics dont 10 dirigés par des médecins.
- 19 Instituts privés, le plus souvent de statut associatif à l'exception de 5 à but lucratif (tous les 5 concentrés en Île de France).
- 4 Instituts spécialisés dans la formation des handicapés sensoriels, tous les quatre dirigés par des cadres kinésithérapeutes.

Comment sont formés et nommés ces directeurs?

Dans le secteur public, les choses sont claires : la réglementation prévoit tout à la fois le recrutement et la formation des futurs directeurs. L'arrêté du 2 octobre 1990 fixe les modalités des concours sur épreuves prévues à l'article 4 du décret N°89-756 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des directeurs d'écoles paramédicales relevant des établissements d'hospitalisation publics. Ces concours sont ouverts par arrêté du Préfet de région. Le jury est composé de 5 personnes :

- le D.R.A.S.S. ou son représentant, président,
- un directeur d'établissement d'hospitalisation public,
- un praticien hospitalier à temps plein,
- deux directeurs d'I.F.M.K. (à noter que les D.R.A.S.S. tirent au sort ces deux derniers parmi les directeurs techniques et non parmi les directeurs médecins).

Le concours comporte 5 épreuves écrites anonymes et 3 épreuves orales :

a) épreuves écrites et anonymes :

1° une dissertation écrite portant sur un sujet d'ordre général en rapport avec la profession de directeur d'école (durée : 4 heures, coefficient 2).

2° une dissertation écrite portant sur l'une des questions figurant au programme dudit arrêté (voir encadré) (durée : 2 heures, coefficient 1).

b) épreuves orales :

1° une interrogation portant sur une question du programme cité ci-dessus (coefficient 1).

2° un entretien avec le jury visant à déceler les aptitudes du candidat à la direction d'une école et à l'encadrement pédagogique (coefficient 1).

3° un entretien avec le jury destiné à apprécier la motivation du candidat sur la base des titres, travaux, attestations et expériences professionnelles du candidat (coefficient 2).

Les candidats ayant réussi le concours sont astreints à un stage d'une année au cours de laquelle une formation est obligatoire (Arrêté du 22 octobre 1992). Celle-ci comporte quatre modules à valider :

- a) Stratégie et communication.
- b) Gestion des ressources humaines.
- c) Réglementation et gestion administrative.
- d) Gestion économique et financière.

En outre, le stagiaire élabore une monographie à caractère professionnel soutenue devant un jury composé et présidé par le directeur de l'E.N.S.P. ou son représentant.

En définitive, on constate que c'est le C.H.R.U. et la D.R.A.S.S. qui organisent ce concours. Le directeur médical ne participe à aucun niveau au recrutement du directeur technique. Dans les établissements publics, le titre de directeur donné au médecin est honorifique et non rémunéré. Les textes législatifs et réglementaires en vigueur garantissent la qualité de la sélection et de la formation des directeurs dits techniques.

Programme annexé à l'arrêté :

- a) Statuts et règles de la profession de directeur d'école.
- b) Administration et gestion des écoles paramédicales.
- c) Droit hospitalier.
- d) Gestion hospitalière.
- e) Enseignement et formation permanente.

Dans le secteur privé, il en va autrement. Le directeur technique est coopté par le médecin directeur ou choisi par le conseil d'administration selon les cas. Son recrutement s'effectue sur dossier et sur entretien avec ou sans les services d'un cabinet spécialisé. Le directeur est choisi par les responsables ou les actionnaires selon les statuts de l'Institut. Quand ces derniers sont médecins, il existe tout autant une garantie de compétence que dans le cas précédent. Et que certains se rassurent : "là où est la propriété, là est le pouvoir". Toutefois, un salaire de directeur peut être plus lourd à verser qu'un salaire de directeur technique.

Alors qui doit diriger une école? Sans doute le mieux formé à la pédagogie et au management. Deux disciplines qui ne s'apprennent pas obligatoirement dans les facultés de médecine. Pour autant les médecins ne font pas confiance aux masseur-kinésithérapeutes pour diriger un Institut. Pour preuve, le syndicat national des directeurs d'I.F.M.K. n'accepte pas les directeurs techniques en son sein. Et d'aucuns de déclarer que si ce projet d'arrêté aboutit, il va casser la dynamique fructueuse existant entre les Masseur-Kinésithérapeutes enseignants et les médecins. Cela est bien possible, mais ce ne sera pas de notre fait.

Comme les autres paramédicaux oeuvrant au service du malade, nous travaillons en complémentarité avec le médecin. Il s'occupe de la maladie, nous nous occupons du malade. Tous ensemble et ensemble seulement, nous pouvons améliorer la qualité des soins, la qualité de la vie. Prenons à tous les acteurs de santé ce qu'ils ont de mieux, de plus noble, prenons au médecin la rigueur, la démarche scientifique, laquelle peut se définir par l'honnêteté. Abandonnons leur un défaut des plus voyants dont nous avons pourtant peu ou prou hérité, le corporatisme.

Dans un entretien à l'Express, Aquilino MORELLE, Professeur à l'Institut Politique de Paris, déclare : "Ni l'État, par faiblesse politique, ni les médecins, par corporatisme, n'ont voulu favoriser le développement d'une vraie culture de santé publique".

La santé publique? Nous sommes tous responsables!

à Paris, le 13 mars 1997.

■ L'A.F.R.E.K.



Éric VIEL

*Secrétaire de l'Association,
Française pour la Recherche et
l'Évaluation en Kinésithérapie (A.F.R.E.K.)*

Rédacteur en chef des 'Annales de Kinésithérapie'

Responsable de la collection 'Le point en rééducation'

Association loi de 1901, l'A.F.R.E.K. regroupe des personnes morales et des organisations kinésithérapiques (syndicats, instituts de formation...). Ses objectifs sont de promouvoir les actions d'évaluations et de recherches scientifiques ayant pour but d'améliorer le service rendu au patient dans le domaine de la Masso-Kinésithérapie.

L'importance des R.M.K.

Très tôt, l'A.F.R.E.K. a reconnu la nécessité de répondre aux sollicitations de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (A.N.D.E.M.), jugeant qu'il était préférable d'être présent au cours des discussions. Certes, les avis de nos experts et de nos lecteurs n'ont pas toujours été suivis, mais nous sommes présents souvent, entendus parfois. Cette collaboration exigée par l'évolution de la société a recentré les activités de l'A.F.R.E.K., qui se préoccupe peu de recherche et beaucoup d'évaluation.

Les Références Médicales et Références Médico-Kinésithérapiques se veulent la synthèse éclairée des connaissances actuelles. La perturbation créée par les Références tient surtout du fait qu'il y a recherche de l'inutile. Un professionnel n'aime pas s'entendre dire que ce qu'il pratique depuis plusieurs années est inutile.

Les réunions recherchent la qualité méthodologique, c'est-à-dire un processus qui puisse conduire à l'élaboration des prochaines R.M.K. sur des bases scientifiques plus concrètes, et un accord professionnel plus large. La méthode consiste à rechercher une cen-

taine d'articles récents et crédibles dans les revues professionnelles internationales, puis à retenir entre 15 et 20 articles considérés comme essentiels. Pour chacun des articles il y a lecture critique. Le meilleur niveau de preuve est fourni par les essais randomisés, et le niveau le plus bas par les études de cas. Il faut constater avec regrets que la majeure partie de la littérature consacrée à la kinésithérapie (et aux thérapeutiques manuelles en général) est constituée de relations sur des cas. La situation est donc inconfortable, le niveau de preuve de notre utilité reste bas.

En attendant des jours meilleurs, nous devons, autant que faire se peut, appuyer notre raisonnement sur des résultats étayés, des consensus professionnels ou des tests reconnus comme fiables.

Pour comprendre l'esprit dans lequel sont élaborées les Références, il faut retenir que l'A.N.D.E.M. recherche des "Critères scientifiques reconnus permettant de définir les soins... utiles et inutiles, et les fréquences d'utilisation par le patient...". C'est ici qu'intervient la remarque judicieuse : "C'est un péché de faire bien ce que vous ne devriez pas faire du tout". L'interrogation sur l'utilité du traitement est la première étape d'une démarche de qualité.

Conférences de consensus :

Jusqu'à présent, une seule Conférence de Consensus a eu lieu sur un sujet qui concerne la kinésithérapie, la «Place respective des différentes techniques non instrumentales de désencombrement bronchique». Les séances se sont tenues les 2 et 3 décembre 1994. On ne peut qu'espérer voir d'autres thèmes faire l'objet d'enquêtes semblables.

L'A.F.R.E.K. prépare, dans le cadre de la réunion européenne de la W.C.P.T. en juin 1998, une Conférence de Consensus consacrée à la Lombalgie.

Absence des Confrères salariés.

L'A.F.R.E.K. regroupe des syndicats de libéraux, des Instituts d'enseignement et autres organismes qui oeuvrent à la promotion de la profession. On peut regretter qu'aucun groupement de kinésithérapeutes salariés n'ait manifesté son intérêt en se joignant à l'action continue, non syndicale, qui ne vise qu'à l'amélioration de notre image.



édinex



LE SPÉCIALISTE EN ISOCINÉTISME Tél : 04.78.34.32.48 Fax : 04.78.34.69.25

■ À NOTER

L'ÎLE DE FRANCE SE "CONCENTRE"

DEUX ACTIONS :

☽ LA PREMIÈRE :

Le jeudi 27 février 1997, à l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches (92), s'est déroulé :

le premier FORUM des Terrains de Stage d'Île de France,

sur le thème : "La formation des stagiaires Masseurs-Kinésithérapeutes aujourd'hui et demain".

L'assistance, constituée d'étudiants, de directeurs d'Instituts de Formation et de responsables de terrains de stage a écouté attentivement les résultats présentés par le groupe 'Terrain de Stage' qui reprenait sous forme chiffrée les réponses aux questionnaires envoyés au préalable à chaque partenaire. Ce groupe, composé de trente à quarante cadres de terrain et enseignants sur la demande des directeurs d'I.F.M.K. d'Île de France, en relation avec la D.R.A.S.S., est issu des divers secteurs publics, AP-HP, privé. Cela a permis de faire l'état des lieux des terrains de stage et d'approfondir les relations entre les étudiants et les formateurs.

Le groupe de travail a ensuite constitué trois séries d'ateliers sur :
- l'Évaluation ;
- le Livret de Stage ;
- la Charte du Stage.

Les 200 participants réunis en Assemblée Générale ont écouté les synthèses de chaque groupe, riches en réflexion, en échange et respect mutuels. Des propositions concrètes seront mises en place rapidement. D'autres travaux seront poursuivis par le groupe de travail qui a invité les participants à se joindre pour continuer cette réflexion que soutient la DRASS.

☽ LA DEUXIÈME :

Le mardi 4 mars 1997, à l'Hôpital Robert Debré (AP-HP) Paris, s'est réunie l'Ambassade de Réflexion de l'Île de France.

La réunion portait sur trois axes :

- Constitution de l'association des Cadres de Santé en Kinésithérapie Île de France (voir le numéro 2 de "Rencontre") ;

- Proposition des thèmes de réflexion à court et à long terme ;

- Préparation d'un courrier individualisé pour sensibiliser chaque cadre Francilien aux thèmes de réflexion.

Patrick ROTGER

"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'œdème 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

PROFESSIONS SANTÉ



**Françoise
NOURDIN-BIZOUART**

*Cadre Supérieur de Rééducation
Fonctionnelle à l'Hôpital Lariboisière (AP-HP)
Formatrice en I.F.M.K. (Assas, Liège, Rouen)
Formatrice à l'I.F.C.S. de Paris (Croix Rouge)
Vice-Présidente de l'Association Nationale des
Kinésithérapeutes Salariés (A.N.K.S)
Présidente de l'Union Interprofessionnelle des
Associations de Rééducateurs et Médico-
Techniques (U.I.P.A.R.M.)*

Avec la réforme de l'hospitalisation publique et privée, les pratiques et rapports professionnels évoluent. La modernisation des usages de quelques secteurs sanitaires se répercute souvent sur l'ensemble des métiers ; influençant encore leurs contraintes et exercice.

Cette chronique proposera des informations et des réflexions relatives aux métiers de la Santé. Elle traitera à la fois d'actualité et de projets les concernant.

De la notation à l'évaluation :

Une des facettes de l'évolution du rôle de Masseur-Kinésithérapeute Moniteur au Cadre de Santé en passant par le Moniteur-Cadre de Masso-Kinésithérapie.

Quelque soit la place occupée par le cadre de santé, dans quelque institution que ce soit, chaque cadre a dans ses missions l'évaluation du personnel. Évaluer est une conception nouvelle qui remplace progressivement la trop traditionnelle nota-

tion annuelle des agents. Nous avons quitté, d'un système passif où chaque acteur avait un rôle bien déterminé et immuable, le "Surveillant" édictant un jugement sur chaque membre de "son" personnel et le personnel écoutant cet avis. Dans cette situation le noté n'avait pas ou très peu de marge de liberté et ne formulait jamais ou très rarement un avis sur d'éventuels changements à apporter au fonctionnement du service.

Actuellement, toute évaluation se fait avec deux acteurs, évaluateur et évalué, qui sont partenaires et non adversaires. Elle se fait sur rendez vous, avec un temps de préparation pour chacun. La fiche de poste établie à l'arrivée de l'agent et réactualisée en fonctions des changements dans le service sert de support à cette entrevue. Cette fiche de poste réactualisée est signée par l'agent et le cadre qui l'établit. L'évolution est déjà présente à ce niveau puisque les deux parties, cadre et agent, sont engagés conjointement.

Les points évalués concernent la personne, ses compétences professionnelles mais aussi sa manière de les utiliser au mieux par rapport aux services requis. C'est à l'agent de faire ressortir ce qui lui paraît le plus adapté, de proposer éventuellement une formation, de se fixer des objectifs à atteindre. Son projet personnel est élaboré ; au cadre d'aider à sa formalisation si nécessaire, à veiller à son adéquation par rapport au projet du service qui lui même s'inscrit dans le projet institutionnel. L'évaluation permet de faire émerger les attentes du personnel et d'organiser le plan de formation du service à court terme mais aussi dans les années à suivre. Autre point important de l'évaluation : nous sommes passés d'une notation sanction à l'évaluation outil de régulation des pratiques professionnelles et d'évolution personnelle au travail.

À NOTER

Le serveur Internet Online www.kinemia.fr propose des informations en ligne concernant la rééducation : centres et instituts de formation, calendrier des stages et des manifestations, forum de discussion, petites annonces, catalogue des fabricants, annuaire de la profession, quelques revues professionnelles.

Vous pouvez aussi consulter les derniers numéros de "La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute" et de "Rencontre" et laisser vos remarques ou suggestions, voire vos textes, dans notre boîte aux lettres électronique. Renseignements :

KINÉMÉDIA
11, Bd de Lattre de Tassigny
35000 RENNES
Tél : 02.99.54.11.32
Fax : 02.99.14.25.58

APPEL

Le Comité de Publication de "La Lettre" envisage d'organiser des rencontres nationales et annuelles entre Cadres de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes selon les modalités et autour de sujets exprimés à l'occasion des réunions d'Ambassades.

Nous accueillons toute bonne volonté désirant nous aider dans cette initiative.

MÉMOIRES CADRES



Aude QUESNOT

*Cadre de Santé MK au Centre
Médico-Chirurgical des Jockeys à Chantilly*

*MK au Centre National d'Entraînement
d'Athlétisme de Nogent-sur-Oise (60)*

Formatrice à l'I.F.M.K. d'Assas

Depuis la création du certificat de moniteur-cadre de masso-kinésithérapie, plusieurs dizaines de mémoires de recherches et travaux personnels sont réalisés chaque année dans le cadre de la formation préparant au certificat de Moniteur-Cadre de Masso-Kinésithérapie, et maintenant au diplôme de Cadre de Santé. L'investissement et les moyens, souvent non négligeables, mis en oeuvre à cette occasion ne justifient pas seuls notre attention pour ces études : nombres d'entre-elles suggèrent, innover réellement certains préceptes correspondants à nos préoccupations quotidiennes, ouvrent des champs d'avenir par les réflexions et témoignages qu'elles présentent.

Or, il est fréquent que par manque de diffusion, les résultats de ces travaux restent définitivement enfermés dans l'objectif primaire qui a mu son initiative : une validation normative en vue de l'acquisition d'un titre professionnel. Richesse perdue, le contenu est abandonné, oublié dans les rayonnages de nos bibliothèques souvent dispersées.

Les objectifs de cette chronique sont de valoriser les mémoires cadres M.K. des différents Instituts de formation en diffusant l'essence d'un ou de plusieurs d'entre eux, orientés sur le même thème, de sensibiliser les responsables de services et formateurs aux secteurs explorés, de leur proposer des nouvelles données pratiques contemporaines à leur exercice.

L'évaluation du stage pratique.

Suite à l'insuffisance des objectifs de la convention de stage qui portent uniquement sur des aspects juridiques et matériels, et à la pertinence discutable des critères d'évaluation du carnet de stage (assiduité, participation...), trois études réalisées par des élèves cadres ont été menées :

En 1993, Catherine Maciejewski propose une méthode d'évaluation des élèves kinésithérapeutes en formation à Nancy à partir d'une grille portant sur les domaines psycho-affectif, sensori-moteur et cognitif. L'auteur a recherché :

- pour la grille d'évaluation de l'élève : une corrélation entre les domaines de l'attitude et de la technique,

- pour la grille d'évaluation du stage par l'élève : une corrélation entre le tuteur (Cadre de Santé ou Kinésithérapeute) et le terrain de stage.

L'analyse des résultats statistiques a mis en évidence deux points importants :

- un élève se révèle de façon similaire dans le domaine de l'attitude et celui de la technique, c'est-à-dire qu'il est bon ou mauvais dans les deux domaines à la fois.

- l'évaluation du stage par l'élève a permis d'observer que les critères de la qualité du tuteur et du terrain de stage sont liés.

La qualité du stage, aux vues des étudiants, est déterminée par la disponibilité du tuteur, par la mise en place d'objectifs de stage, par la qualité du recrutement des patients et par le fait que les élèves ne se substituent pas à du personnel manquant.

Il est à noter que l'ensemble des stages ont été validés sur le carnet de stage habituel alors que certains élèves n'ont pas obtenu la moyenne sur la grille d'évaluation instaurée par Maciejewski. Les élèves faibles d'un point de vue technique ne sont jamais sanctionnés par le tuteur sur le carnet de stage habituel. Les seuls stages invalidés le sont, soit pour des raisons d'assiduité, soit pour la réalisation de gestes répétés et dangereux, ce qui reste exceptionnel. L'intérêt d'une évaluation pertinente des élèves en stage reste, et ce pour les élèves notamment déficients, d'identifier leurs points faibles et de proposer au cours du stage ou secondairement des solutions sous forme de tutorat en collaboration avec l'école d'origine.

En 1995, Patrick Masachs analyse l'évaluation en stage des étudiants sur deux ans, à partir de la grille d'évaluation instaurée par Maciejewski. Il ressort de cette étude que les étudiants se répartissent en trois catégories :

- les bons élèves dans les deux domaines (attitude et technique),
- les élèves moyens,
- et les élèves faibles dans un domaine et qui compensent dans l'autre.

Au cours de leur scolarité, et quel que soit le terrain de stage, les élèves restent dans la même catégorie. La grille d'évaluation instaurée par Maciejewski, bien qu'étant objective et fiable, n'est jamais sanctionnelle et n'amène pas de modification du comportement de l'élève au cours de la scolarité.

En 1995, Isabelle Ouedraogo, à l'occasion de l'élaboration et l'évaluation d'un projet de stage, souligne l'importance de la description des objectifs de stage et de la guidance des stagiaires au cours de ce processus d'apprentissage qui implique une disponibilité permanente de l'équipe soignante. Les progrès réalisés sont nets dans le domaine technique (réalisation de bilans, gestes techniques) mais beaucoup plus aléatoires dans le domaine cognitif (démarche, analyse d'un cas particulier, interprétation d'un bilan et justification des techniques instaurées).

Actuellement, des ateliers de travail et de réflexion (“la formation des stagiaires kinésithérapeutes aujourd’hui et demain” - cf page 10 de cette Lettre) sont mis en place sur l’évaluation des stages, la charte de stage et le carnet de stage (référents : Monsieur Roussel à l’hôpital Robert Debré et Monsieur Miranda à l’hôpital Raymond Poincaré).

En résumé, il semble à ce jour que les objectifs de stage et le carnet de stage ne permettent pas aux élèves moyens ou faibles d’identifier leurs lacunes. Le système de guidance ou de tutorat nécessaires à ces élèves (aussi bien sur le terrain qu’à l’école) au cours de leur scolarité, demande une disponibilité et un investissement importants des tuteurs de stage, disponibilité

de plus en plus limitée compte-tenu du contexte de la politique de santé à l’hôpital et du temps imparti à l’encadrement du travail écrit.

Un carnet de stage dont les critères seraient plus précis et qui pourrait être sanctionnel, devrait être un outil précieux pour les élèves et les tuteurs. Il permettrait une autonomisation des élèves par rapport à leur formation. Les tuteurs de stage pourraient suivre l’évolution du stagiaire au cours de l’année et la communication école/stage permettrait d’optimiser la guidance des élèves au cours de leur formation.

Mots clefs :

élèves kinésithérapeutes - stage - évaluation

DÉBAT D'OPINIONS

Michel GEDDA,

À COLIN-MAILLARD*

L’annexe I de l’Arrêté du 18 août 1995**, présentant le nouveau programme de formation des cadres de santé, annonce : “Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu’elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu’aux étudiants”. Cependant, à aucun moment dans cet arrêté ou autre texte de valeur réglementaire, il n’est précisé quelles sont ces place et compétence des cadres de santé. Ce vide législatif paraît d’autant plus dommage que “le bon fonctionnement de nos structures de santé (...) en dépend”.

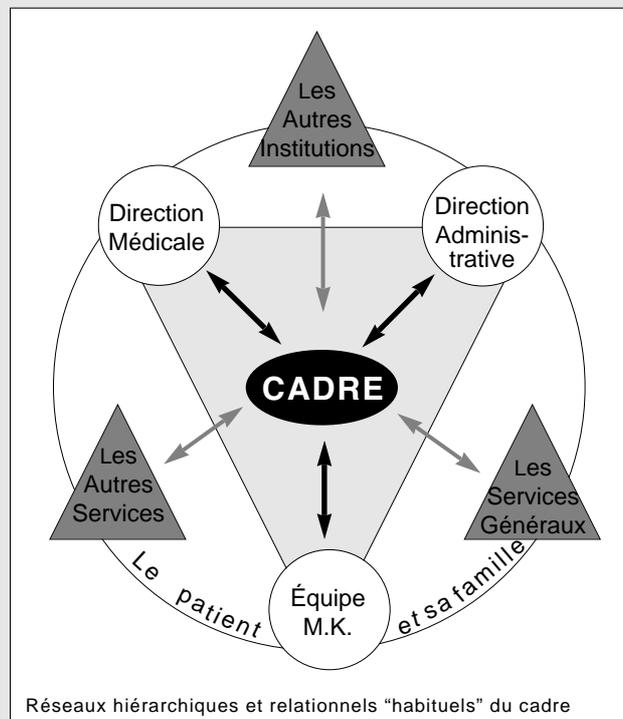
L’Arrêté du 18 août 1995 forme le cadre de santé mais ne le définit pas.

Tout corps professionnel de la Santé peut attester d’un décret d’actes et d’exercice définissant de façon positive et/ou négative ses prérogatives. L’intérêt est, pour ces professionnels et les autres, de disposer d’une référence univoque et universelle spécifiant le champ d’implication de droit dont découleront les pratiques, afin de faciliter “le bon fonctionnement” des unités pluridisciplinaires et d’arrêter les responsabilités de chacun dans le domaine de la Santé Publique, notamment. Au-delà du biais corporatiste, ce guide générique, qui situe plus qu’il ne fige, est un outil pratique de coordination et de régulation indéniable.

On peut en effet, comprendre et accepter que les objectifs mutuels d’une même équipe, ciblés sur le patient, que la contiguïté de la prise en charge thérapeutique, que l’échange interprofessionnel durable, rapprochent les différents acteurs et fondent les usages dans une expérience locale, partagée et négociée dépassant l’origine professionnelle. On conçoit des compétences communes, des évolutions contractuelles de la répartition des tâches “dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles”. Mais on ne peut se passer d’une notice préétablie à partir de laquelle harmoniser les collabora-

tions et se référer en cas de litige : à plus forte raison lorsque ces relations et coopérations sont teintées de liens hiérarchiques.

Et pourtant, observées ou relatées, des divergences notables à propos du rôle du cadre M.K. sont fréquemment responsables de divisions professionnelles et conflits hiérarchiques. “Expert ou gestionnaire?” n’est pas la seule question à chatouiller, et sur bien d’autres points, de fond ou d’organisation, le non-accord oppose à différents niveaux : entre kinésithérapeutes du service et cadres, parmi l’encadrement, entre médecins et administratifs, et bientôt entre M.C.M.K. et nouveaux C.S.K.? Les confrères d’un même métier, les membres d’une même équipe heurtent leurs interprétations réciproques en dysfonctionnements, gaspillages par sous-utilisation du potentiel unitaire.



Réseaux hiérarchiques et relationnels “habituels” du cadre

Pour le quotidien, pour ce qui doit être fait, les solutions sont souvent établies selon l’opinion du plus fort, les habitudes locales ou le cloisonnement, instituant ainsi des

fonctionnements forts divers, souvent en dépit de l'efficacité. Pour les projets, pour ce qui pourrait être, les confusions, les conflits ou démotivations se chargent de faire durer les espoirs et désillusions, selon des représentations justifiant les positions les plus contraires. L'efficacité, l'économie, la pédagogie, l'épanouissement individuel et collectif s'éloignent des préoccupations quotidiennes, pourtant initialement communes. C'est là aussi une cause de faillites financière et sociale dont souffrent "nos structures de santé".

Alors, est-ce une incurie de ne pas définir le Cadre de Santé dans un texte l'instituant? L'annexe I de l'Arrêté du 18 août 1995 apporte néanmoins quelques pistes à percevoir au sein des divers propos. Relevons les allusions, sans trahir leur sens, pour reconstituer la silhouette du cadre de santé : "Professionnel possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilité d'encadrement", il exerce les "fonctions d'animation et de gestion des équipes et des activités d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé". Il procède d'une "culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations".

Cela est bien entendu insuffisant pour légitimer et équilibrer l'entité d'encadrement, embrayage entre ce qui se fait et ce qui est décidé. Pour justifier 42 semaines de formation dont les objectifs dressent à eux-seuls un véritable descriptif des aptitudes techniques du cadre de santé (voir encadré ci-dessous).

Malheureusement, dans son détail modéré, cet énoncé ne positionne pas le cadre, avec ses responsabilités au sein d'une organisation, d'un fonctionnement relationnel, notamment vis-à-vis du patient, du médecin, de la direction, l'administration. On lui donne des cartes sans préciser selon quelles règles il doit jouer, sans prévenir les autres joueurs.

Est-ce si fâcheux?...

L'absence de concordat est regrettable ; la latitude laissée pour l'instituer est appréciable. En effet, le même texte introduit à plusieurs reprises la possibilité, pour le cadre, de déterminer lui-même ses place et rôle. Le cadre de santé est celui qui établit ses objectifs, qui structure son organisation "en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires", et surtout des ressources, besoins et projets qui lui sont contemporains.

L'Arrêté du 18 août 1995 ne définit pas le cadre de santé mais l'invite à le faire.

Alors, au-delà des logoglyphes du genre "expert ou gestionnaire?", comment accéder à cette virtualité? Les moyens sont multiples et varient selon les niveaux. Par exemple, fiche de poste (définissant d'une façon contractuelle le profil et les missions spécifiques), fiche de fonction (définissant les tâches et rôles généraux), fiche du métier (définissant, d'une façon générique, les prérogatives d'un groupe professionnel), négociées et fondées suivant une vision plutôt évoluée et ouverte du cadre confronté aux contraintes modernes que d'après de vieux mythes transmis, peuvent instaurer cette émancipation dont la meilleure justification reste les résultats.

Par quel débat critique déterminerons-nous ce que nous désirons être, conformément à "l'autonomie et la créativité" visées par le texte? Car, avant tout et les autres, chacun construit sa propre identité. Celle du cadre kinésithérapeute dépend surtout de lui. Pour cela, il lui faut croire en sa capacité à faire évoluer les choses ; est-ce le cas?

* Colin-Maillard : "Sorte de jeu où l'un des joueurs a les yeux bandés et poursuit les autres à tâtons". Larousse.

** Les éléments cités dans cet article se réfèrent à l'annexe I de l'Arrêté du 18 août 1995 (Journal Officiel du 20 août 1995, 12468-12475).

Selon l'annexe I de l'Arrêté du 18 août 1995, le Cadre de Santé est capable de :

- Définir et comprendre le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires.
- Identifier le rôle et les missions du cadre et découvrir les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises.
- Développer ses aptitudes à communiquer efficacement.
- Appréhender les différentes phases du processus permettant d'intégrer la dimension éthique dans la prise de décision.
- Adapter et enrichir son projet professionnel.
- Acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé.
- Concevoir, élaborer, mettre en oeuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique (prévention, promotion et éduca-

- tion pour la santé, hygiène de l'environnement, soins de santé primaires et communautaires).
- Appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.
- Appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs.
- Appréhender les concepts de recherche et maîtriser les outils de la recherche.
- Réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel.
- Conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels pré-établis.
- Conduire l'analyse critique d'une publication.
- Déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale.
- Organiser, animer et coordonner le travail d'équipe.

- Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels.
- Anticiper les évolutions de son environnement immédiat au plan technique, humain, juridique, économique.
- Programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources.
- Évaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.
- Maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques.
- Identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en oeuvre les actions de formation nécessaires.
- Participer à la formation des étudiants et du personnel.
- Organiser les conditions de réussite de la formation, évaluer les résultats.
- Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.

CADRES EN EUROPE



Philippe RIGAUX

Responsable Formation Continue à
l'Institut de Formation "Bois-Larris"

Membre du Comité de Publication de "La Lettre"

Cette rubrique se propose de présenter les spécificités des différents pays européens quant à l'accès des kinésithérapeutes aux postes de responsabilité dans leur profession.

Chaque fois, un confrère étranger apportera la description du cursus en place dans son pays. Les articles seront volontairement courts, ouvrant la voie à d'éventuelles demandes d'informations complémentaires.

Grâce à Jean-Charles Narcy, Directeur de l'école de Berck, cette première rubrique est inaugurée par Lynne Caladine, enseignante à Brighton. Nous les remercions tous deux chaleureusement.

Les différents itinéraires de carrière kinésithérapique au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, il y a beaucoup de possibilités différentes pour faire carrière pour les kinésithérapeutes diplômés. Il y a 15 ans, tous les cours de kinésithérapie avaient lieu à l'hôpital, aujourd'hui les 31 formations différentes préparant au diplôme se tiennent dans les Universités, ou y sont validées. Ce sont des BSc (Bachelor of Science) de kinésithérapie qui durent tous 3 ans, à l'exception de deux d'entre

eux de 4 ans. Les jeunes diplômés sont en général employés par le Service Public de Santé au vu de leur diplôme, puis ils se spécialisent quelques années plus tard dans un domaine clinique particulier.

Par la suite, on peut voir des «cliniciens expérimentés» accéder à des postes de direction, et certains autres peuvent même ensuite avoir des postes à responsabilité dans d'autres secteurs professionnels de la santé, en dehors de la kinésithérapie. La recherche a un profil de plus en plus important : la plupart des Universités offre maintenant la possibilité supplémentaire de passer un Master of Science sur des sujets relatifs à la kinésithérapie.

Autrefois, pour enseigner la kinésithérapie, il fallait d'abord obtenir un poste de «Professeur stagiaire» dans une «école hospitalière». Cette «période d'apprentissage» durait environ 18 mois, et impliquait la réussite d'une série d'examens conduisant au diplôme d'enseignant. Dans le système universitaire actuel, des candidats qualifiés (en général avec une expérience clinique substantielle et un Master of Science de kinésithérapie) peuvent postuler comme maîtres de conférences, et suivre parallèlement le plus souvent un enseignement pédagogique validé par un diplôme.

Lynne Caladine

Enseignante à l'École de
Kinésithérapie de Brighton



FRANCO & FILS

CONCEPTEUR

DEPUIS 1955

N°1

TABLE ÉLECTRIQUE

30 MODÈLES

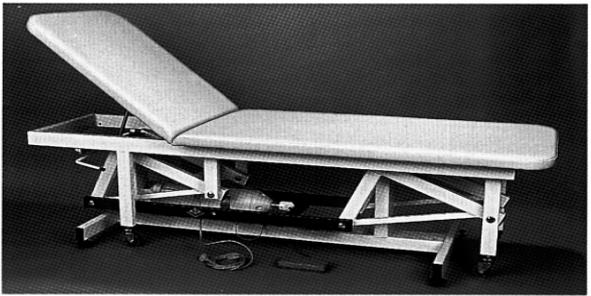
SÉCURITÉ D'UTILISATION :
Double isolation, commande par pression d'air (pas de fil électrique dans le châssis).

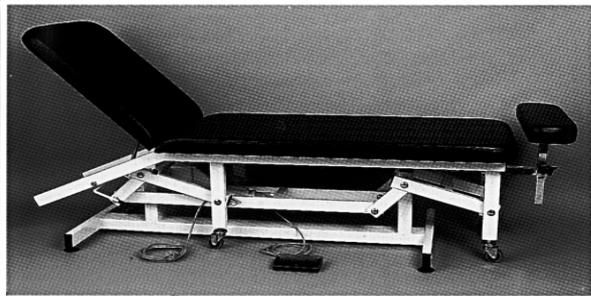
STABILITÉ :
Section et conception des parallélogrammes.

CATALOGUE SUR DEMANDE

LONGÉVITÉ :
Articulations montées sur paliers anti-usure.

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





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

F A B R I C A T I O N

D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX