



# La Lettre

*du Cadre de Santé Kinésithérapeute*

N° 09 - Janvier 1998

## ■ ÉDITORIAL

Il est peu fréquent qu'un phénomène naturel reste isolé dans l'origine qui l'a créé. Souvent les potentialités débordent les fonctions organisées les occasionnant. Le système ainsi agencé ne peut s'équilibrer dans sa solitude mais nécessite le concours d'autres réseaux constitués. Ce nouveau tissu fonctionnel se nourrit autant d'objectifs et d'investissements excentrés qu'intérieurs, les uns influant sur les autres. Et l'environnement devient partenariat. Finalement, le réel nous enseigne davantage l'interaction que le confinement.

En cette idée, le cadre ne se limite à la structure qui le justifie, mais peut aussi s'engager dans le développement des disciplines desquelles il tire ses ressources pour être plus performant localement. Son implication au terrain lui confère pertinence, et sa participation extérieure substance.

Point de jonction ouvert sur ces diverses représentations où théorie et pratique se joignent, il les influence réciproquement. C'est peut-être là sa particularité. En cela, il est acteur de changement.

Concernant la Masso-Kinésithérapie, le cadre est impliqué dans la formation et la gestion des équipes. Deux pôles essentiels au dynamisme d'une profession. Cette situation le place au coeur stratégique de responsabilités dépassant largement la transmission des savoirs et l'administration des personnels. Il devient caution de conformité, garant de continuité, support de progression et par cela, moteur de changement.

Assumer conscience de ça, avec l'humilité conséquente, c'est déjà promouvoir l'évolution de notre profession.

*Michel GEDDA*  
*Directeur de Publication*

## SOMMAIRE

- Éditorial
- Débat d'opinions :  
*François LE MAREC*
- Parcours d'un cadre kiné :  
*Jean-Paul CARCY*
- Agrémentation des I.F.C.S.
- Nos Rubriques courantes :  
*Documentation*  
*Formation*  
*L'A.F.R.E.K.*  
*Professions Santé*  
*Mémoires cadres*  
*Cadres en Europe*
- En complément détaché :  
*La F.D.K. et mode d'emploi*

## 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 Rééducation  
Hôpital National de Saint-Maurice
- **Michel THUMERELLE**  
Directeur-Adjoint  
C.R.F. de Fouquières-lez-Lens
- **François ZIMMERMANN**  
Enseignant-Formateur  
I.F.M.K. de Strasbourg

### Coordination :

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

ISSN 1267-7728

Recevez la Lettre en braille sur simple demande écrite.

La Lettre sur site Internet : [www.Kinemia.fr](http://www.Kinemia.fr)

LA LETTRE DU C.S.K. - Michel GEDDA - C.R.F. - B.P. 101 - F39110 SALINS-LES-BAINS

## PROFESSIONS SANTÉ

### Faut-il être expert pour devenir cadre ?

Ce questionnement existe depuis longtemps et les réformes successives de la formation de cadre de santé ont amené à bien différencier les rôles de l'un et l'autre. Pour tous les professionnels paramédicaux, le processus de changement amené par la formation en Institut de Cadre de Santé aboutit à une rupture avec le soin direct et à un deuil de cette relation d'aide directe au patient (celui qui souffre mais aussi celui qui attend). Pour nombre de cadres M.K., ne plus être acteurs directs du soin amène la crainte de perdre une légitimité professionnelle et ils se sentent coupables de trahison envers leur métier d'origine en ne le pratiquant plus. N'y a-t-il pas chez ces cadres la peur de perdre leur autorité en n'étant pas le "meilleur"?

L'image "du bon cadre" est celle du professionnel, technicien hors pair ou encyclopédie vivante dans un, voire plusieurs champs de rééducation. Les dénominations successives du cadre témoignent de l'évolution depuis le masseur kinésithérapeute moniteur, puis le moniteur cadre de masso-kinésithérapie pour aboutir au cadre de santé. Le moniteur est celui qui montre, donc qui doit savoir mieux faire que les autres. On est là dans le savoir faire qui pourrait être reconnu comme une des facettes de l'expertise.

Le terme de "Cadre de Santé Kinésithérapeute" confirme le changement en passant du domaine de la rééducation à la santé, confirmant la fonction de management des professionnels et leur implication dans la gestion budgétaire. Dans ce cas, le cadre s'est mis à distance des savoir faire. Il les repère, encourage et accompagne la recherche dans des domaines très précis, favorise le perfectionnement et met en place pour son équipe ou dans le cadre des réseaux ville-hôpital des formations. Le cadre n'est pas exclu du soin mais il n'est pas le porteur exclusif du bon geste. Néanmoins l'image de super-technicien du cadre est souvent renforcée par les médecins qui assimilent encadrement et super-technicien. Nombre de cadres sont encore recrutés sur leur parcours professionnel antérieur... et d'abord évalués en tant que techniciens dans leur fonction de responsables. Mais il s'agit peut être là d'un glissement recouvrant une demande d'expert.

Qu'est-ce que l'expert?... La définition peut être simple ou complexe suivant les modèles auxquels on se réfère. Soit l'expert est celui qui sait le mieux, le plus compétent dans un champ professionnel restreint ou alors celui qui est capable d'analyser une situation et de proposer la formation en adéquation avec la situation réelle du moment. C'est celui qui analyse et fait la synthèse des besoins de tout l'environnement, apporte une réponse immédiate aux attentes des services, qui guide les recherches et les publications. Auprès des tribunaux, c'est celui qui porte un avis éclairé sur la pertinence des techniques utilisées par ses confrères lors d'un traitement. Il y a là deux aspects de l'expert : soit il reste dans un système clos, sur le terrain,

donc complètement impliqué dans la technique, soit il a une dimension beaucoup plus transversale et devient alors une référence et un moteur pour l'évolution de toute la profession. On peut aussi envisager de lui donner une dimension encore plus large qui lui permette de s'inscrire comme conseiller de l'ensemble des soins. Il devient vecteur de la reconnaissance de chacun, et dans sa spécificité, et son autonomie. L'expert conseille, apporte un avis éclairé au cadre et à la Direction d'un Établissement de Soins pour l'évaluation et le choix des moyens nécessaires d'un projet. Il n'est pas facteur de complication dans une organisation de service. Il peut être complètement ou partiellement détaché d'un service de soins. La planification, les décisions, les évaluations concernant le fonctionnement d'un service reviennent au cadre. Il ne se substitue pas au cadre mais travaille en complémentarité avec lui.

Qui détermine qui sont les experts et quand le devient-on? Les cadres professionnels, les directions d'Établissement, les médecins chefs de service? Quels sont les critères pour nommer un professionnel expert? Est-on expert à vie ou bien y a-t-il une obligation de toujours progresser, et dans ce cas sur quels éléments sera appréciée cette évolution? Quelle est la reconnaissance d'une institution par rapport à cet expert? Qui en déterminera les missions?

La séparation des fonctions : activité thérapeutique, gestion, organisation d'un service paraît relativement simple à appréhender mais la complexité existe. Quel est le champ d'activités de l'expert? Est-il simplement un super-technicien local, reconnu comme étant "le meilleur"? En quoi est-il meilleur, est-ce dans son savoir faire ou dans son rôle de passeur, ou encore dans sa capacité à appréhender les nouvelles techniques et à les adapter localement? Ou bien est-ce celui qui écrit sur un sujet précis et sert de référence pour tous les professionnels? Notre décret d'actes nous donne le libre choix de nos techniques : l'expert est-il celui qui conseille l'utilisation de techniques particulières? Si son conseil prévaut, y a-t-il obligation de résultats dans les traitements effectués justifiant la pertinence de ses choix?

Nous sommes en pleine période de changement : l'évaluation et l'accréditation l'accompagnant amèneront les professionnels de santé à réfléchir sur ce qu'est la qualité, et à formaliser des protocoles de rééducation. La certification issue de l'industrie est un système normatif bien tentant. Les travaux de l'A.N.D.E.M. ont initié des références masso-kinésithérapiques dans quelques cas précis. L'A.N.A.E.S. poursuivra vraisemblablement cette réflexion. Les experts masseurs-kinésithérapeutes auront à participer à la formulation de référentiels.

Cadres et experts se complètent dans leurs rôles et missions. Le cadre s'appuie sur l'expert, chacun gardant son rôle spécifique et son autonomie. Gageons que les réflexions engagées sur l'expertise aboutissent rapidement à sa définition et à sa reconnaissance au sein de notre profession comme chez les autres professionnels du plateau médico-technique.



**Françoise BIZOUARD,**  
Responsable de la Chronique.

## ■ AGRÉMENTS DES I.F.C.S. - MK

Liste des Instituts de Formation des Cadres de Santé agréés par le Ministre chargé de la Santé le 30 décembre 1997, pour la profession de masseur-kinésithérapeute.

ALSACE : C.H.U. de Strasbourg : 5

AQUITAINE : C.H.U. de Bordeaux : 5

### ILE-DE-FRANCE :

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : 10  
Croix-Rouge Française - filière rééducation : 20

### LANGUEDOC-ROUSSILLON :

Hôpital Saint-Éloi de Montpellier : 14

PAYS DE LA LOIRE : C.H.U. de Nantes : 5

PICARDIE : Croix-Rouge Française Bois-Larris : 20

### RHONE-ALPES :

C.H.U. de Grenoble : 5  
Hospices civils de Lyon : 5

**TOTAL** : 89 places réparties sur 9 instituts et 7 régions.

## ■ CORRESPONDANCE OFFICIELLE

**François VAREILLE,**

Sous-Directeur des Professions de la Santé,  
Direction Générale de la Santé,  
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.



Ces agréments traduisent l'esprit qui a prévalu à la refonte en 1995 de la formation cadre, tendant à développer son caractère interprofessionnel.

Dans cette perspective, les agréments ont été donnés après analyse, d'une part des besoins de formation exprimés par les établissements hospitaliers (taux d'encadrement, perspectives de renouvellement des cadres...) et les instituts de formation en masso-kinésithérapie et d'autre part de la qualité de l'offre de formation des instituts eux-mêmes, la plupart d'entre eux souhaitant mettre en place ou développer une interprofessionnalité source d'enrichissement mutuel des professionnels paramédicaux.

En outre, l'implantation géographique des sites de formation a été réalisée afin de faciliter l'accès des professionnels à des structures de formation de proximité, notamment s'agissant des professionnels pour lesquelles la formation cadre a été mise en place en 1995 seulement. Pour les autres professionnels, une réflexion a été menée à la fois sur le nombre des sites de formation par région ou dans le cadre d'une approche interrégionale, et sur leur harmonieuse répartition sur le territoire.

## ■ À NOTER

✚ Le vendredi 12 juin, une journée spéciale de formation "Internet et Kinésithérapie" est prévue à l'institut "Bois-Larris".

Tél : 03.44.67.11.30

✚ L'I.F.C.S. "Bois-Larris" et la Société de Kinésithérapie organisent le samedi 13 juin 1998 la

**9<sup>ème</sup> JOURNÉE  
"RECHERCHE ET  
RÉÉDUCATION"**

patronnée par l'A.F.R.E.K..

## ■ COMMENT NOUS AIDER ?

*De nombreux confrères dépassent les encouragements pour proposer leur soutien actif à notre action. Ils nous interrogent sur les moyens d'aider 'La Lettre'. Nous leur répondons.*

1. Ne pas nous envoyer d'argent. Bien que les conditions financières conditionnent constamment la continuité de *La Lettre*, recevoir diverses petites sommes oblige une gestion particulière, lourde et non prévue, sans pour autant résoudre ce problème conséquent.

2. Proposer, contribuer et poursuivre localement les débats ; manifester ses avis, opinions et suggestions, c'est s'associer à notre action en faveur de la fonction cadre et de la profession. De plus, le devoir de neutralité limite notre désir d'investir des discussions cependant capitales, et laissées alors sans échos contradictoires ou contributifs. Participer est autant rendre *La Lettre* légitime.

3. Chacun de nos partenaires commerciaux est choisi en fonction de la qualité, du sérieux des matériels et des services proposés, mais aussi de la présence et de l'investissement au sein de notre profession, témoignant ainsi d'un attachement certain. Étudier d'abord les produits de nos annonceurs, leur privilégier - à même qualité - les contacts d'investissement, c'est aussi aider *La Lettre*.

## ■ UNE OFFRE SPÉCIALE

*La Lettre* dispose et distribue gracieusement aux cadres M.K. la version informatique du catalogue P.M.S.I. - S.S.R. des activités de rééducation et réadaptation servant de base au recueil hebdomadaire. L'intérêt de cette version électronique est d'aider l'élaboration et la gestion de catalogues locaux et pratiques, spécifiques aux activités de votre structure et de chaque catégorie de personnels y évoluant.

Pour le recevoir, il suffit de nous envoyer une disquette 3,5 pouces, formatée PC ou 'Mac', qui vous sera retournée, dotée du fichier *Word* correspondant, par retour de courrier.

## ■ CADRES EN EUROPE

### Les différents itinéraires de carrière kinésithérapique en Allemagne.

La réforme sanitaire des derniers années n'a pas touché que les kinésithérapeutes, qui ont remplacé leur titre de "Krankengymnast" par celui de "Physiotherapeut", mais aussi et surtout une profession qui est toute particulière à l'Allemagne, le masseur diplômé d'État. Ce métier, instauré dès 1869 a trouvé tout naturellement sa place dans un pays avec une si longue tradition balnéaire. Le métier de kinésithérapeute quant à lui n'est né qu'au début du siècle présent.

La nouvelle loi du 26.05.94 qui régit les formations de Masseur DE et celle de Physiothérapeute DE, prévoit en effet pour les masseurs la possibilité d'accéder au titre de Physiothérapeute, moyennant une formation complémentaire de 9, 12, ou 18 mois en fonction de l'expérience professionnelle acquise et des formations continues reconnues effectuées. À noter que la formation de base s'étend sur une durée de 3 ans, soit 4500 heures (cours théoriques, pratiques et stages hospitaliers).

Les jeunes diplômés débutent leur vie professionnelle en milieu hospitalier, public ou privé, voire en cabinet privé mais toujours à titre d'employé. Ce n'est qu'après 2 ans d'exercice professionnel qu'il leur est possible de s'établir à leur propre compte, c'est-à-dire d'ouvrir leur propre cabinet de physiothérapie. À ce titre il leur est possible d'employer d'autres physiothérapeutes dans le cadre du salariat. Cette pratique est fréquente et certains physiothérapeutes emploient jusqu'à 30 de leurs confrères.

L'accession au poste de cadre hospitalier ou de cadre enseignant dans une des nombreuses écoles de physiothérapie (plus de 200) ne présuppose pas une formation de cadre comme c'est le cas en France. Il existe néanmoins une Ecole de Formation à l'enseignement de la

Kinésithérapie à Heidelberg gérée par le ZVK (Association Nationales des Kinésithérapeutes). La formation s'effectue par demi-journées pendant un an et demi, son contenu est principalement pédagogique. D'autres instituts privés proposent des formations pédagogiques pour les professions à orientation thérapeutique. Tant qu'une formation de cadre (associée à la perspective d'un poste à rémunération élevée) n'aura pas de caractère obligatoire, le succès de ces écoles restera relatif.

Le traitement kinésithérapique en Allemagne n'est pas payé à l'acte, mais par technique prescrite et un temps d'application obligatoire en individuel (en général 20 à 30 minutes, voire 45 min en neurologie). Certaines formations post-diplôme reconnues par les caisses d'assurance maladie (ex : Thérapie Manuelle, 260 heures de cours) permettent d'obtenir un meilleur coefficient de rémunération à condition d'être prescrite spécifiquement par le médecin. Pour pouvoir enseigner ces techniques une formation spéciale est nécessaire.

L'affiliation de la kinésithérapie à l'Université a (malheureusement?) échoué pour perpétuer la tradition d'accès aux études sans baccalauréat, à moins que ce ne soit le résultat des efforts du corps médical qui tente de maintenir l'état d'obscurantisme dans les professions dites subalternes. Mais l'histoire de la kinésithérapie en Allemagne ne s'est pas déroulé sans obstacles et chaque difficulté a déclenché une amélioration de la profession - espérons donc!

Je remercie mon collègue cadre Rémy Guth pour la correction du français.

Willstätt, le 02.09.97

**Jochen Schomacher**

*Krankengymnastik Schule  
Willstätt - Erkartswieier*



**Philippe RIGAUX,**  
Responsable de la Chronique.



## ■ À NOTER

✚ Le thème de la prochaine

### JOURNÉE DE L'I.P.C.E.M.

(Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales), qui aura lieu le vendredi 19 juin 1998 à Paris, sera : **La Pédagogie de l'Activité Physique.**

Tél : 01.49.06.56.24

✚ Le groupe JCM SANTÉ et le C.N.K.S. organisent les 29 et 30 avril 1998, au Palais des Congrès de Bordeaux, les

### 2<sup>èmes</sup> JOURNÉES NATIONALES DE KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE,

avec l'I.F.C.S. Rééducateurs de Paris, le S.N.K.S. et l'A.N.K.S..

Tél : 01.45.65.36.16

## ■ LÉGISLATION

L'Arrêté du 27 mai 1997 modifie l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de Cadre de Santé. Nous en retenons, entre autre :

- la possibilité de suivre la formation dès 4 ans d'exercice au 31 janvier de l'année de sélection, et non plus 5 ;

- les candidats déposent leur dossier d'inscription entre le 1<sup>er</sup> février et le 15 mars de l'année des épreuves de sélection auprès de l'institut de leur choix ;

- les épreuves de sélection sont organisées entre le 1<sup>er</sup> avril et le 15 juin de l'année de la rentrée dans l'institut.

## DOCUMENTATION

Les quelques centres de documentation en France répondant aux besoins de documentation technique des kinésithérapeutes, sont méconnus. Nous vous en présentons deux dont vous pouvez bénéficier des services à distance (tél, courrier, fax, Email) et ayant chacun leur(s) spécialité(s) :

- PARADOC en neurologie ;
- REEDOC en réadaptation, médecine physique et handicap.

### PARADOC

#### UNITÉ DOCUMENTAIRE DU CENTRE PROPARA

Le centre montpelliérain PROPARA, créé en 1982 à l'initiative de six professeurs de Faculté est entièrement consacré aux traitements et à la réadaptation des blessés médullaires, paraplégiques et tétraplégiques, d'origines médicales ou traumatiques.

PARADOC est l'unité documentaire créée en 1983 au sein de Propara. Ses activités sont plus particulièrement axées autour du blessé médullaire.

Domaines couverts : neurologie médullaire, neuro-orthopédie, neuro-urologie, appareillage, rééducation fonctionnelle, réadaptation sociale, législation, psychologie, sport...

#### Fonds documentaire :

- 3500 ouvrages, thèses, mémoires, rapports
- 40 abonnements aux périodiques
- 4 abonnements EMC (Neuro., Kiné., App. loco., Anesthésie-réanimation)
- 150 dossiers documentaires
- Divers CD-ROM : Handynet, Code de la Santé Publique, J.O.

#### Services proposés :

- interrogation de bases de données
- fourniture de bibliographie sur thème précis
- localisation de revues
- diffusion d'une revue de presse
- diffusion de sommaires de revues

#### Coordonnées :

Christine Gilbert

#### CENTRE PROPARA

263, Rue du Caducée  
Parc Euromédecine  
34195 MONTPELLIER CEDEX 05

Tél : 04 67 04 67 15

Fax : 04 67 04 67 00

Email : christine.gilbert@mnet.fr

## NOUVEAUTÉS INTERNET

Depuis le 1<sup>er</sup> Septembre 1997, la base de données Redatel (45000 données bibliographiques) est en accès libre et gratuit sur Internet à l'adresse suivante :

<http://www.md.ucl.ac.be/entites/iepr/ibl-welcome.htm>

L'adresse est un peu longue, voilà une excellente raison pour l'enregistrer parmi vos adresses préférées. Vous trouverez en liens Hypertexte avec Redatel :

- un mode d'emploi pour la consultation de la base,
- la liste des indexeurs,
- la liste des revues indexées depuis 1993.

L'association BLDOC, gérante de Redatel, propose à la vente le lexique des mots-clés ayant été utilisés à l'indexation...

### À LIRE

L'excellent article des collègues documentalistes de REEDOC : Rosato F, Vallas M, Bouchon F, Ventre V, André JM. Internet et médecine physique et de réadaptation. J. Réadapt. Méd. 1997 ; 2 : 45-52.

Elles répondent aux questions suivantes : Comment se connecter? Quels sont les sites intéressants sur Internet en médecine physique et de réadaptation?

## REEDOC

### BASE DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

Producteur : Institut Régional de Réadaptation

Sources documentaires : Ouvrages, périodiques, thèses, mémoires, actes de congrès

#### Domaines couverts :

- Médecine Physique et Réadaptation.
- Handicap moteur : pathologies, traitements, rééducation, appareillage, réinsertion socio-professionnelle, recherche en génie biomécanique.

Volume : 80 000 références en ligne (à partir de 1978)

Mise à jour : Quotidienne

#### Services proposés :

- Bulletin signalétique mensuel (abonnement gratuit)
- Recherches bibliographiques

#### Coordonnées :

### REEDOC

35, Rue Lionnois  
54042 NANCY CEDEX

Tél : 03 83 39 34 18

Fax : 03 83 39 34 59

Email : reedoc@irr.u-nancy.fr



**Sylvie VOINEAU,**  
Responsable de la Chronique.

## PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



### Jean-Paul CARCY Enseignant vacataire à l'Université de Perpignan et de Toulouse

48 ans

MKDE en 1975 à Toulouse

MCMK en 1985 à Montpellier

B.T.S. d'électronique en 1976 à Toulouse

Maîtrise Sciences Sanitaires et Sociales en 1996

D.E.A. S.T.A.P.S. en 1997

#### Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis entré en qualité de kinésithérapeute dans un Centre de Rééducation "Les Escaldes" (près de Font-Romeu) géré par la Sécurité Sociale, où j'exerce toujours.

Toutefois, lors d'une interruption de deux ans en 1990/91, j'ai occupé les fonctions de Directeur Technique au Centre de Rééducation de Vernet-les-Bains.

J'enseigne en même temps dans les Écoles de Kiné, les Écoles de Cadres et à l'Université.

Tout naturellement, j'ai cherché à approfondir le domaine de l'Électrothérapie depuis 1976. Cette technicité acquise au cours des ans me permet actuellement d'être agréé par la Charte de qualité du FIF-PL en qualité d'enseignant. J'ai également l'honneur d'être agréé par d'autres instances de Formation Continue Universitaires.

De plus, plusieurs entreprises de fabrication de matériel d'électrothérapie me sollicitent pour réa-

liser le cahier des charges de leurs futurs produits. Par ce biais, nous pouvons enfin concevoir, à travers différentes marques, des produits plus "biologiques", plutôt que de subir du matériel issu de "fantasmes" d'électroniciens.

#### Quelles sont vos préoccupations actuelles ?

J'essaie de conjuguer travail, enseignement et études qui me tiennent à cœur, à savoir gestion et recherche, ce qui a priori n'est pas évident.

#### D'après vous, quels sont les points faibles de notre profession ?

À mon avis, le point faible essentiel, celui sur lequel il faut mettre l'accent est certainement le manque de crédibilité des techniques professionnelles. Celles-ci ne sont pas suffisamment confrontées à la rigueur scientifique.

En effet, sans les outils que sont la méthodologie et les statistiques, il est très difficile d'évaluer nos méthodes de travail.

Dans cette optique, seul le niveau de 3<sup>ème</sup> cycle peut permettre, à mon avis, en travaillant en laboratoire, d'acquérir la réflexion sur la problématique dans un cadre scientifique.

Il me paraît nécessaire que les cadres puissent obtenir plus d'équivalences universitaires, à différents niveaux, afin de ne pas redémarrer au bas de l'échelle, entreprenant ainsi à nouveau «le parcours du combattant». Il serait souhaitable qu'une voie commune puisse intervenir au niveau national auprès des instances universitaires, à savoir les commissions d'équivalences, pour que notre certificat de cadre puisse se décliner en autant d'Unités de Valeurs qu'il est nécessaire.

#### Quelles pourraient être les actions des cadres y correspondant ?

Les Ambassades de Réflexion que vous avez fondées et suivez de façon désintéressée, me paraissent être le bon vecteur de force de propositions. Elles pourraient mettre en place un pont entre les Écoles de Cadres de Santé et l'Université, nous permettant ainsi d'acquérir les outils scientifiques garants de la crédibilité de la profession.

C'est à ce prix que le kinésithérapeute pourra acquérir une identité propre qui pourrait être celle de : «*Physicien médical*», introduisant une approche différenciée du «*Chimiste médical*».

#### Comment envisagez-vous l'avenir de la profession ?

Positif, si le kinésithérapeute respecte ces trois points :

- rester simple,
- rester «vrai»,
- cultiver davantage l'amour de son métier.

Entretien : Michel GEDDA

## RENTRÉE SCOLAIRE DANS LES 6 INSTITUTS DE FORMATION CADRE

**46 Masseurs-Kinésithérapeutes entrés cette année en formation Cadre de Santé :**

Bois-Larris : 17 - Grenoble : 1 - Montpellier : 12 - Paris (AP/HP) : 3 - Paris (C.R.F.) : 12 - Strasbourg : 1

## FORMATION

### Valoriser la formation en stage, développer un véritable partenariat entre Instituts de formation et terrains de stage, l'enjeu n'en est-il pas l'avenir de notre profession ?

Didier EVENOU, cadre au C.H.G. de Longjumeau, et Éric ROUSSEL, cadre supérieur à l'Hôpital Robert Debré, coordonnateurs du groupe de travail 'Terrains de Stage M.K. Ile de France', répondent à nos questions.

#### Quand s'est formé le groupe 'Terrains de Stage' ?

**DE :** Lors d'une réunion à la DRASS.IF en mars 1996 relative à l'organisation du D.E., Dominique PERREIN, Directeur technique de l'EFOM, a émis l'idée que les terrains de stage rencontrent les IFMK qui se réunissaient déjà régulièrement, afin de débattre de tout ce qui a trait à la formation des étudiants. D'abord une quinzaine de cadres présents ce jour là, puis une trentaine d'animateurs de terrains de stage issus des hôpitaux AP-HP, des E.P.S. hors AP-HP, des établissements de santé privés et de centres de rééducation publics et privés, ont constitué le groupe de travail. La DRASS.IF, par l'intermédiaire du Médecin Inspecteur Régional, parraine ce groupe depuis le début.

#### Quels objectifs vous êtes-vous fixés ?

**ER :** Nous avons voulu saisir l'opportunité de collaboration qui nous était offerte par les IFMK. Le groupe a pris de l'autonomie tout en souhaitant un partenariat fort avec les IFMK visant à améliorer les conditions organisationnelles et pédagogiques des terrains de stage en relation avec les besoins exprimés et identifiés des étudiants et des terrains de stage.

**DE :** Cette volonté d'oeuvrer avec les IFMK, tout en gardant nos spécificités de terrains de stage, s'appuie sur une forte demande de reconnaissance des terrains de stage exprimée lors d'un questionnaire touchant les 200 terrains de stage franciliens qui, bénéficiant d'un taux de réponse de 60%, a fondé notre démarche.

#### Que vous paraît-il important de faire évoluer dans la formation en stage ?

**ER :** On assiste à un "transfert" des compétences des IFMK vers les terrains de stage. Pendant très longtemps, les professionnels formés par les écoles de cadres se destinaient essentiellement à l'enseignement. Progressivement, ils sont arrivés dans les terrains de stage avec des acquis pédagogiques améliorant la formation clinique des étudiants. Cette évolution méritait réflexion.

#### En quoi a consisté le travail du groupe ?

**DE :** Nous nous sommes rencontrés lors de réunions spécifiques terrains de stage et avons également rencontré très régulièrement les IFMK. Très rapidement à partir des informations recueillies grâce au question-

naire terrains de stage et aux propositions des IFMK, trois thèmes de travail ont été posés :

- l'évaluation de l'étudiant sur le terrain de stage,
- le carnet de stage,
- la charte de stage, suite aux initiatives précédentes (A.L.I.S.T.E.R. avec la 'Charte Dufey-Vaillant').

Ce dernier point a été davantage travaillé ; particulièrement lors du premier forum des terrains de stage d'Ile de France à l'Hôpital de Garches en mars dernier, réunissant 200 personnes représentant terrains de stage, IFMK et étudiants. Ce forum a considérablement fait avancer la réflexion, poursuivie jusqu'en juin 97, sur cette charte mais aussi sur les autres thèmes.

**ER :** Sur les trois axes fixés, la charte de stage nous paraissait l'élément le plus opérationnel à concrétiser. Le groupe, renforcé depuis par 60 terrains de stage, souhaite s'investir et poursuivre sur les autres thèmes. Le deuxième forum, organisé en 1998, devrait le permettre.

#### Comment envisagez-vous la mise en place de la charte ?

**DE :** Nous souhaitons l'expérimenter avec un certain nombre de terrains de stage impliqués dans son utilisation. Ensuite, une évaluation sera réalisée en direction des trois acteurs afin d'en valider le principe et de faire évoluer ce document pour qu'il devienne une référence pour l'ensemble.

#### Qu'attendez-vous de cette charte ?

**ER :** Nous en attendons la formalisation d'un engagement des différents partenaires, un contrat passé, alors que jusqu'à présent les accords restaient très informels dans le cadre d'une culture orale.

## DÉBAT D'OPINIONS

Éric VIEL,

#### Note sémantique :

Nous avons noté la préoccupation actuelle qui mène à nommer autrement ce que l'on a toujours connu, ainsi pour "l'enseignement en alternance" qui désigne la traditionnelle manière de suivre des études de kinésithérapie : matin à l'hôpital, après-midi en salle de cours

Puisque nous avons suivi ce rythme depuis qu'existent nos écoles, que peut-on trouver d'innovant dans le vocable d'enseignement en alternance? Ce nouveau nom apporte-t-il un gain à la profession, aux écoles ou aux candidats?

Dans les couloirs du métro parisien, nombre d'écoles privées affichent "formation traditionnelle ou en alternance", ce qui signifie que la formation en alternance est différente de la traditionnelle. Mais les écoles de kinésithérapie n'offrent pas ces deux options, à notre connaissance, et les élèves n'ont pas le choix. Il ne paraît pas utile de baptiser "alternance" ce qui n'en est pas, car l'utilisation impropre des mots en affaiblit le sens.

**DE** : Ce sont des engagements liés au caractère formateur du terrain de stage vis à vis des étudiants et des IFMK, tout en reconnaissant à chacun ses spécificités.

#### Quelles seront les conséquences législatives ?

**DE** : La charte qui va être proposée n'a pas valeur juridique ou réglementaire. Elle représente un engagement moral et symbolique de la part des différents partenaires. Il peut être imaginé - cela a été évoqué au cours de plusieurs réunions avec les IFMK - que ce texte soit repris dans un cadre réglementaire, en particulier en ce qui concerne l'agrément des terrains de stage.

Cette hypothèse, bien que très prématurée, est cohérente. En effet, et cela n'est contesté par personne, les textes actuels réglementant la formation clinique des étudiants sont inadaptés à la réalité de la formation par alternance ; et il semble nécessaire de les faire évoluer.

**ER** : Il s'agit de la formalisation d'une démarche éthique, car l'engagement est plus moral que réglementaire.

#### Le document actuel est-il appelé à évoluer ?

**ER** : Il est par essence évolutif dans l'expérimentation et dans la suite qui y sera donnée.

**DE** : Le préambule, tourné vers le respect des spécificités de chaque partenaire, précise la vocation de la charte à évoluer tant sur le fond que sur la forme.



**Béatrice CHAPIN-BOUSSCARAT,**  
Co-Responsable de la Chronique.



**Pascale JAILLARD,**  
Co-Responsable de la Chronique.

## ■ L'A.F.R.E.K.

La parution des R.M.O. et R.M.K.O. concernant des pathologies habituellement traitées par la kinésithérapie a provoqué des remous, à la fois en exercice libéral et salarié. La leçon est sévère : les kinésithérapeutes n'ont pas vu s'approcher à grand pas une mutation de société qui les prive des certitudes qui sont les leurs depuis 1948 : ils sont persuadés de dispenser des traitements utiles, d'une manière correcte. L'attitude d'aujourd'hui est : «Démontrez-le nous».

Pendant de longues années nous avons été abreuvés d'articles qui présentaient des techniques, qui affirmaient la qualité de ces techniques, et qui ne démontraient rien. L'attitude aujourd'hui est : «Je pense, donc je me trompe». Toute la presse professionnelle a accepté, sinon encouragé la faiblesse de la kinésithérapie en publiant des articles dits "pratiques" qui étaient de simples présentations de tours de mains. Cet état de fait perdure avec des révisions mensuelles de ce qui est enseigné dans les écoles, comme si les professionnels n'étaient pas compétents dans leur métier.

Il ne suffit plus d'affirmer que Bobath, Kabat, le D.L.M. ou la Thérapie Manuelle ont de la valeur, il faut publier des séries contrôlées qui permettent d'asseoir un raisonnement. L'attitude nouvelle est : «Je crois, donc je me ferme à la réalité».

Les R.M.O. dans leurs balbutiements sont loin d'être parfaites, mais elles existent. Nous relèverons, pour la R.M.O. qui concerne la lombalgie,

l'absence de référence à la recommandation 14 (1994) de l'Agency for Health Care Policy and Research (A.H.C.P.R.), l'organisme qui fait référence aux États-Unis et dont s'inspire l'A.N.D.E.M. pour ses actions. Alors qu'on nous fait la leçon sur l'antériorité de l'expérience américaine, comment peut-on passer ceci sous silence? D'autre part, depuis 1992, la très puissante American Medical Association (A.M.A.) considère qu'il est "éthique pour un médecin de confier son patient lombalgique à un chiropracteur". Ceci peut nous déconcerter, nous déplaire ou nous enchanter, mais c'est un fait sec et cru.

L'A.F.R.E.K. a choisi de jouer le jeu. Elle n'a pas été entendue sur tous les points qui l'intéressaient, loin de là, mais au moins elle a participé aux débats. Rappelons que, dans les groupes de rédaction et de lecture des R.M.O. (pour les médecins) figuraient quelques kinésithérapeutes, et que ces derniers étaient majoritaires dans les groupes R.M.K.O..

Le lecteur des deux textes (R.M.O. et R.M.K.O. sur le même sujet) aura noté la différence notable (Ann Kinesither 24/5, 1997). Le texte le plus défavorable à la kinésithérapie a été retenu par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, mais est-ce réellement une surprise?

Participer, et ne pas être écouté, entraîne des désillusions. Être absent signifierait ne pas être consulté du tout.



**Éric VIEL,**  
Responsable de la Chronique.

## ■ MÉMOIRES CADRES

### **Le PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) : un outil d'évaluation médico-économique incontournable dans les établissements de soins de suite et de rééducation.**

La dérive des dépenses de santé a mis en évidence une double problématique : la maîtrise du coût de la santé d'une part, l'amélioration et l'évaluation de la qualité des soins d'autre part.

La Loi de Réforme Hospitalière du 31.07.1991, instaurant les contrats d'objectifs et la nécessité d'une accréditation hospitalière, a rendu obligatoire l'évaluation de la qualité de l'accueil, du séjour et de la prise en charge des patients. L'activité des établissements sous contrôle des tutelles est évaluée grâce à une information médicalisée, fournie par le PMSI depuis le décret du 27 juillet 1994 et l'arrêté du 20 septembre 1994.

Cet outil d'évaluation médico-économique, réservé jusque là au court séjour, fait son entrée au sein du moyen séjour. Cette mise en place s'effectue en deux temps :

- en 1997, la formation et la mise en place du Recueil d'Information Standard (RIS) et du Département d'Informatique Médicale (DIM),

- depuis 1<sup>er</sup> janvier 1998, l'extension du PMSI aux établissements de soins de suite et de réadaptation.

Deux mémoires sur ce thème ont été réalisés par des élèves Cadres de Santé de l'Institut de Formation "Bois-Larris".

**En 1994, Yves Blasco** (Transcription PMSI moyen séjour de la prescription de kinésithérapie au centre de rééducation fonctionnelle "Saint Lazare à Beauvais") a réalisé une étude sur 41 dossiers de patients. L'auteur utilise un document original instauré par le Professeur J. Pelissier et le Docteur J. Piglowski. Ce document, sous forme de répertoire des actes et du matériel de rééducation, est utilisé par les masseurs-kinésithé-

peutes du centre de rééducation pour nommer les techniques utilisées et le temps passé par technique pour chaque patient. Les masseurs-kinésithérapeutes évaluent conjointement de façon globale le temps de prise en charge du patient. Dans un second temps la transcription en actes de PMSI est réalisée.

Les résultats mettent en évidence une dissociation des résultats obtenus en temps (minutes) entre l'évaluation du temps moyen de la prise en charge d'un patient par le document original réalisé par Pelissier et Piglowski, et son équivalent PMSI.

En effet, le temps moyen évalué par les kinésithérapeutes est supérieur de 12 minutes au temps PMSI. D'autre part, compte-tenu du mode de fonctionnement du centre de rééducation, les activités globales et fonctionnelles sont assurées par des maîtres d'EPS. Si l'on tient compte de ce type d'activité (non négligeable dans ce service) le temps moyen de prise en charge d'un patient est supérieur de 43 min à son équivalent PMSI. Il semblerait que cette discordance entre ces deux systèmes d'évaluation soit modulée en fonction de l'âge du patient, du niveau fonctionnel à l'entrée et des pathologies associées.

L'intérêt du travail d'Yves Blasco réside dans l'application pratique, au sein d'un centre de rééducation, du PMSI et sa concordance par rapport à la réalité évaluée en temps de prise en charge d'un patient.

**En 1996, Loïc Lambierge** (Présentation du PMSI : un outil d'évaluation médico-économique) réalise un historique et une synthèse pertinente du Système d'Information Médicale Hospitalier (SIMH). Après un rappel du PMSI court séjour, l'auteur s'attache à développer le PMSI des soins de suite et de réadaptation. Le PMSI a pour vocation d'être un outil d'allocation budgétaire dans un contexte d'enveloppe financière régionale limitée, l'objectif étant de redécouper le budget global par semaines-patients.

Les renseignements concernant les patients sont colligés chaque semaine. Le PMSI repose sur le diagnostic principal (DP), le premier diagnostic associé significatif (PDAS) et la dépendance (élaborée à partir d'une mesure d'indépendance fonctionnelle). Ces critères permettent de classer les patients dans une

### **LES DIFFÉRENTS ORGANISMES PROPOSANT DES FORMATIONS AU P.M.S.I.**

#### **SYNDICAT INTERHOSPITALIER RÉGIONAL D'ILE DE FRANCE (S.I.R.I.F.)**

44, Rue Louis Blanc  
75010 PARIS  
Tél : 01.40.05.10.28  
Fax : 01.42.86.81.23

#### **MÉDICAL INTERFACE**

2, Place Antonin Jutard  
69003 LYON  
Tél : 04.78.95.10.11

#### **SPI EAO**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY  
9, Avenue de la Forêt de Haye  
B.P. 184  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX  
Tél : 03.83.59.26.32  
Fax : 03.83.59.26.28

#### **AUNIS**

12, Avenue du Souvenir  
77160 PROVINS  
Tél : 03.72.84.86.20

#### **COLLÈGE RÉGIONAL DE L'INFORMATION MÉDICALE DU SUD-EST CENTRE HOSPITALIER**

Avenue des Tamaris  
13616 AIX EN PROVENCE CEDEX 1  
Tél : 04.42.33.51.27

#### **SEMHAPE - C.H.U. DE MONTPELLIER**

HÔPITAL LAPEYRONIE  
34059 MONTPELLIER CEDEX  
Tél : 04.67.33.99.82  
Fax : 04.67.33.99.83

Catégorie Majeure Clinique (CMC). Actuellement 13 CMC sont répertoriées (ex : CMC 16, rhumato-orthopédie - CMC 11, cardio-vasculaire et respiratoire).

Les principes de calcul des coûts de journées tiennent compte uniquement des caractéristiques des patients. Les coûts indirects, liés à l'organisation des établissements tels que le coût des structures (assurances, amortissements...), les coûts logistiques et les charges indirectes des services liées aux personnels autres (secrétaire, cadre de santé) n'interviennent pas.

Les coûts cliniques directement liés à la prise en charge du patient sont :

- les soins infirmiers [unité d'oeuvre : le point SIIPS],
- les actes de rééducation et de réadaptation [unité d'oeuvre : le temps par période de 5 minutes],
- le temps de personnel médical, [unité d'oeuvre : Équivalent Temps Plein],
- les actes produits par l'établissement : biologie, imagerie... [unité d'oeuvre : les lettres-clés NGAP].

Les consommations pharmaceutiques, les actes réalisés à l'extérieur sont exprimés directement en francs. Le volume des consommations liées à l'état des patients représente pour les coûts directs dans un service de rééducation 53% de la totalité des charges.

Le travail de Loïc Lambierge fournit :

- une explication quasi-exhaustive des différents sigles barbares nécessaires à la compréhension de la politique budgétaire du moyen séjour,

## ERRATUM

La grille d'évaluation utilisée par Catherine Maciejewski en 1993, et relatée lors du dernier numéro, a été instaurée par Josette Peyranne dans le cadre de sa Maîtrise de Pédagogie des Sciences de la Santé, mémoire 'Pédagogie des Stages', Université Paris XIII, U.F.R. Léonard de Vinci.

- une vision claire des critères du PMSI,
- et une appréciation des enjeux économiques de la mise en place du PMSI dans les établissements de soins de suite et de réadaptation.

En résumé, le PMSI est aujourd'hui incontournable dans le moyen séjour comme il le fut précédemment dans le court séjour. Il doit permettre une analyse des pratiques des différents professionnels des établissements hospitaliers et l'allocation équitable des budgets en prenant compte le niveau d'activité d'un établissement. Cet outil médico-économique est centré sur le patient et non sur une pathologie et nous pouvons espérer que les réajustements futurs donneront une place non négligeable à la notion de qualité des soins...

### Mots clefs :

PMSI - évaluation - qualité - kinésithérapie



**Aude QUESNOT,**  
Responsable de la Chronique.



**FRANCO & FILS**

C O N C E P T E U R

DEPUIS 1955

**N°1**

TABLE ÉLECTRIQUE

**CATALOGUE SUR DEMANDE**

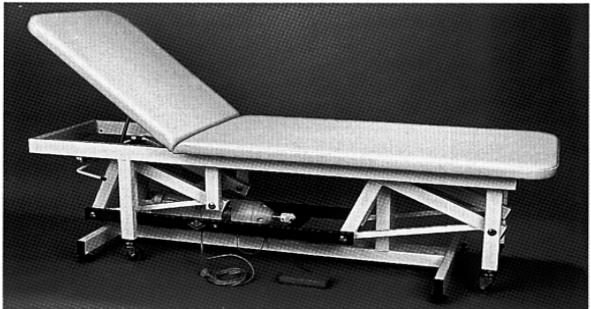
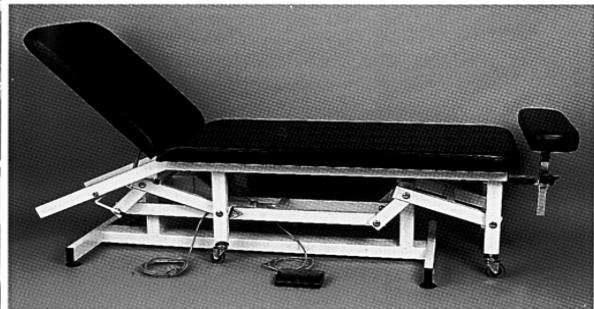
**LONGEVITÉ :**  
Articulations montées sur paliers anti-usure.

**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

**F A B R I C A T I O N**

**D ' A P P A R E I L S M É D I C A U X E T P A R A - M É D I C A U X**

## DÉBAT D'OPINIONS

François LE MAREC,

Cadre Hospitalier Kinésithérapeute,  
Fondation Arc-en-Ciel, C.R.F. Ernest Bretegnier,  
Héricourt (70).

### DU GRAND ÉCART DU MALAISE HOSPITALIER ET DE LA RÉVOLUTION CULTURELLE EN GÉNÉRAL, ET DE BERNARD TAPIE ET MÈRE THÉRÈSA EN PARTICULIER...

Dans le cadre de l'évolution actuelle du monde de la santé sous l'influence prépondérante des facteurs économiques, il est légitime de s'interroger sur les valeurs qui fondent notre exercice. C'est à l'exercice du "D'où viens-je ?" qui précède le "Où cours-je ?" auquel nous nous livrons ici...

Toute notre culture de soignant nous a élevés, d'une manière le plus souvent implicite, dans le modèle hospitalier de thérapeute compatissant se penchant avec attention et dévouement sur le pauvre patient dans son lit et mettant en oeuvre tous les moyens pour accomplir sa vocation qui est alors de soulager les maux du monde. Le patient n'est-il pas ici (ou n'était-il pas alors...) l'anonyme qui souffre comme le rappelle l'étymologie. Le modèle de la religieuse infirmière sur lequel s'est construit l'Hôpital n'est pas encore très loin.

Et voilà que tout a changé, la santé s'est ouverte brutalement sur le monde de l'économique, le business est rentré à l'hôpital au fur et à mesure que la sécurité sociale s'enfonçait dans le rouge et la société post-industrielle dans la crise. De soignants compatissants, il nous fallait devenir des gestionnaires avisés. Il nous fallait alors passer de Mère Thérèse à Bernard Tapie! Excusez du peu mais la gymnastique n'est pas aisée! Les kinésithérapeutes comme les autres ont dû se plier au grand écart; et tant pis si les adducteurs lâchent au passage, on retrouvera au besoin au autre gymnaste... L'urgence était à ce que le patient devienne client, qu'il passe du stade de souffrance numérotée au stade d'assuré social-porte monnaie. Si jamais vous hésitez entre PMSI-SSR et accompagnement, soulagement et DMS, patient et client, alors devenez cadre hospitalier, kinésithérapeute de préférence, c'est un beau métier pour les futurs schizophrènes de l'hôpital d'après demain!

J'ose pourtant croire qu'il existe une troisième voie, qui plutôt que de nous forcer à un grand écart impossible et douloureux (la douleur, encore la douleur...) nous tirerait vers le haut. De la dialectique patient/client nous pouvons sortir par le partenariat. Le partenaire est celui avec qui l'on va bâtir un projet, projet de santé dont il est le centre et l'acteur principal. Il ne s'agit plus alors de faire pour (modèle du dévouement sacerdotal) ni grâce à (modèle de l'investissement managérial) mais de faire avec. Nous autres kinés avons une chance immense: l'exercice de nos techniques impose une participation du patient, elles sont actives, et c'est si rare à l'hôpital que négliger cela serait passer à côté d'une chance formidable. Nous disposons d'un outil d'une puissance redoutable: l'éducation; à nous de s'en servir pour donner vie à notre hôpital et en faire ni un lieu de souffrance offerte (à Qui et Pour Quoi?), ni un lieu de gestion froide et sans état d'âme. Seule une logique de partenariat mettant le projet du patient au coeur d'un monde de soins régit par les implacables lois du marché permettra à notre métier de rester ce qu'il est: quelque chose de plutôt beau et auquel nous tenons sous réserve qu'il ait encore un sens.

## LA CRYOTHÉRAPIE GAZEUSE

UNE RÉVOLUTION TECHNOLOGIQUE DE  
POINTE PAR L'UTILISATION DE TRÈS BASSES  
TEMPÉRATURES POUR UN BÉNÉFICE  
THÉRAPEUTIQUE IMMÉDIAT ET DURABLE.



Le "choc thermique" (froid intense à  $-78^{\circ}$  sous 50 bars de pression) permet d'obtenir par voies vasculaires et réflexes, des résultats immédiats sur de nombreuses pathologies.

**DES EFFETS PROUVÉS** par des travaux scientifiques récents :

- Effet analgésique immédiat
- Action anti-inflammatoire locale
- Réduction des hématomes et oedèmes
- Action myorelaxante

### UN VASTE CHAMP D'APPLICATIONS

- **RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**
  - Diminution de la douleur
  - Relâchement musculaire
  - Facilitation de la mobilisation
- **TRAUMATOLOGIE - MÉDECINE DU SPORT**
  - Entorse, claquage, déchirure, luxation, tendinite+++
  - Œdème
  - Hématome
- **RHUMATOLOGIE**
  - Rhumatisme inflammatoire en phase de poussée
  - Rhumatisme péri-articulaire
  - Sciatique, Algoneurodystropie+++
- **CHIRURGIE (SOINS POSTOPÉRATOIRES)**
  - Chirurgie orthopédique et des veines
  - Chirurgie maxillo-faciale et reconstructrice
  - Microchirurgie de la main
- **OSTÉOPATHIE - RÉFLEXOLOGIE**

### UNE TOTALE SÉCURITÉ

- Conformités européennes
- Capteur thermique sensible au dixième de degré
- Gaz (CO<sub>2</sub> médical) pur, sec et fortement bactéricide

# Cryonic

**MEDICAL**

L'efficacité immédiate du froid à  $-78^{\circ}\text{C}$

"Le Martinet du Haut"

39110 SALINS-LES-BAINS - FRANCE

Tél. 03 84 37 97 70 - Fax. 03 84 73 01 36

### OUI, JE SUIS SOUHAITE, SANS ENGAGEMENT :

- Le dossier technique sur la CRYOTHÉRAPIE GAZEUSE.
- Une démonstration gratuite dans mon service ou mon école.
- Votre programme de formation agréée à la cryothérapie.

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Tél : ..... Fax : .....

Merci de remplir, découper et retourner ce bon à l'adresse ci-dessus.