



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 10 - Juin 1998

Mars 1998: L'ASSOCIATION D'AMBASSADEURS

■ ÉDITORIAL

Il y a le monde des idées. Des idées qui s'appellent, se complètent, se confrontent et s'affrontent aussi parfois. C'est un monde cru où l'intuition se forme de raison, de bon sens, sans tact ni contours.

Il y a le monde des structures, des institutions et des personnalités. C'est le lieu de l'identité et des événements qui fondent l'histoire. Car les structures servent les idées : elles les provoquent, les affinent, les épanouissent. Parfois elles les cloisonnent aussi.

Le microcosme kinésithérapique, bien qu'infime, se complexe d'organisations diverses menant à actions, voire intérêts, disparates.

Les idées existent bien, mais autant isolées que leur source. Dommage.

La Lettre ne se veut pas structure mais occasion de rapprochement d'idées, dans l'harmonie ou le heurt des choses qui vivent. Elle présente ça et son contraire, propose peut-être mais ne défend rien, sinon la contiguïté des évolutions.

En ce sens, la ligne éditoriale de *La Lettre* s'apparente davantage au zig-zag reliant des logiques ou idées, aussi variées que nos contextes, qu'à quelque vecteur de théorie élevée.

Car les idées, toutes, existent pour les hommes.

Michel GEDDA
Directeur de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Les 3 nouveaux Instituts de Formation des Cadres M.K.
- Découverte :
le C.N.K.S.
- Communiqué officiel :
l'A.N.A.R. - C.S.M.K.
- Parcours d'un cadre kiné :
Annie BOURDIL
- Proposition :
Bernard JUMENTIER
- Nos Rubriques courantes

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 :
kine.kinemedias.fr

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

PROFESSIONS SANTÉ

Évaluation, accréditation et les masseurs-kinésithérapeutes

L'évaluation, accréditation des établissements de santé, induite par les Ordonnances d'avril 1996, sera obligatoire pour tous dans un délai de 2 ans. Il est clair que ce ne sont pas des activités qui seront évaluées, mais il nous revient néanmoins de réfléchir à ce que sont nos pratiques professionnelles et *notre* pratique professionnelle. Pour nous, masseurs-kinésithérapeutes, que devons-nous faire pour être associés à ce mouvement? Quelle sera notre participation? Quels seront nos devenir et avenir? Les modèles existants dans le monde sont-ils transférables en France, avec notre système de protection sociale?

Le continent Nord-Américain évalue et accrédite ses établissements de santé. Le Canada s'est inscrit dans cette démarche depuis 1990. Les procédures mises en place à cette date comprenaient plusieurs étapes successives : dossier d'évaluation à remplir par l'établissement préalablement, remis ensuite au conseil d'agrément puis visite d'inspecteurs. Ceux-ci établissaient alors un rapport avec des recommandations sur les points à améliorer avant de délivrer un certificat d'agrément donné pour une durée variable de 1 à 4 ans. Chaque établissement était évalué avec des critères précis pour chacun de ses services. L'évolution du système canadien a amené à une approche évaluative des services rendus au client. Dans cette nouvelle approche, on évalue un processus global incluant la contribution de chaque professionnel à la continuité et l'efficacité des soins.

Avec la mise en place de ces nouvelles modalités, l'Association Canadienne de Physiothérapie est depuis 1996 seule responsable du programme d'agrément des services de physiothérapie pour l'ensemble du Canada. Les prestations des services de physiothérapie sont prises en compte avec des axes obligatoires, direction et gestion avec la planification des services rendus au client, gestion des postes de travail avec les compétences et formations nécessaires, présence de programmes visant l'amélioration de la qualité, enseignement clinique et un point facultatif : la recherche. Le regard extérieur n'exclut pas un travail continu à l'intérieur des établissements et une évolution permanente. Ce modèle présente l'intérêt d'inclure réellement les personnels dans une évaluation et de reconnaître l'enseignement clinique comme obligatoire et synonyme de quête de qualité. Ne pouvons-nous pas utiliser ce modèle et réfléchir à sa transférabilité en France?

La réflexion amène la question du choix de référentiels concourant à cette évaluation. Les travaux faits par l'ANDEM avec la participation de certains confrères, dans le domaine de la rééducation de la lombalgie ont été une première approche d'élaboration de référentiels. L'ANAES, qui a succédé à l'ANDEM, est le seul organisme à pouvoir valider, par l'intermédiaire de groupes de travail pluri-professionnels, des références professionnelles. À nous

d'être force de proposition! Les cadres et leurs équipes peuvent apporter une contribution positive.

Tout cadre a mis en place une organisation dans son service qui permet une lisibilité de l'activité quantitative, voire un contrôle par la hiérarchie de l'établissement. Mais nous sommes souvent très réticents quant à écrire sur nos pratiques, tout en cherchant la qualité. Mais qu'est-ce que la qualité? Dans chacun de nos services, nous faisons ce que nous estimons être le mieux pour le patient, pour l'institution, pour le professionnel... Mais au-delà de ce que nous disons, quelquefois écrivons, il y a peu de recherche de normalisations. Les protocoles sont peu nombreux. Nous ne pouvons continuer à oeuvrer sans chercher à discerner les traitements les plus pertinents, voire les plus efficaces.

La mise en route des changements qui accompagneront cette démarche est l'affaire de tous, mais le cadre doit en être le starter et le vecteur. Actuellement, les kinésithérapeutes libéraux, qui ne sont pas concernés en priorité par les mécanismes de l'évaluation/accréditation, ont créé l'A.F.R.E.K. qui se veut la représentation de tous les professionnels pour la normalisation de nos pratiques.

L'ANAES s'appuiera sur ce que proposeront les professionnels ; quel que soit leur lieu d'exercice. À nous de veiller à ce que la diversité des modes d'exercice professionnel permette l'enrichissement des protocoles existants. L'adaptation des modèles étrangers doit se faire en corrélation avec le mode de fonctionnement du système de protection de la santé.

Le cadre implique une dynamique d'évaluation des pratiques, soit sous forme d'auto-évaluation par les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes ou sous forme d'évaluation propre à chaque équipe dans un seul domaine ou pour plusieurs activités. Par la coordination des réflexions, des expériences, il est à même de proposer des modèles de pratique professionnelle adaptés à chaque structure.

Des groupes de travail existent déjà et ne demandent qu'à s'enrichir. Le récent congrès du Collège National de la Kinésithérapie Salariée (1) avait inscrit les thèmes de la pratique professionnelle, du métier dans des ateliers interactifs. L'intérêt des participants a mis en évidence la richesse des expériences, qu'elles soient isolées ou plus élaborées. Il faut maintenant exploiter très vite toutes les idées émises et élaborer nos référentiels professionnels. Des difficultés existent : choix de méthodologie, choix des thèmes...

Mais Sénèque n'a-t-il pas écrit il y a bien longtemps : *"Ce n'est parce-que c'est difficile que nous n'osons pas, mais parce-que nous n'osons pas que c'est difficile"*. Serions-nous rebutés par les difficultés alors qu'il s'agit de notre identité professionnelle et de notre avenir?

(1) II^{èmes} Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée à Bordeaux, les 29 et 30 avril 1998.



Françoise BIZOUARD,
Responsable de la Chronique.

■ NOUVEAUX INSTITUTS DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ M.K.

Chaque directrice des 3 écoles de cadres infirmiers récemment agréées pour recevoir des masseurs-kinésithérapeutes, présente brièvement les motivations et la philosophie de son projet.



**INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTÉ**
Groupe Sud
Avenue du Haut-Lévêque
33604 PESSAC CEDEX
Tél : 05.56.55.65.84
Fax : 05.56.55.65.66

C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Implanté à proximité des vignobles pessacais, l'Institut de formation des cadres de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux qui accueillait jusqu'alors des professionnels infirmiers (20), manipulateurs d'électroradiologie (5) et techniciens de laboratoire (5), pourra prochainement former 5 masseurs-kinésithérapeutes.

Cet agrément supplémentaire a été octroyé afin de répondre notamment à une demande de formation de proximité.

L'équipe pédagogique, composée d'un cadre référent par profession (à temps plein pour les référents infirmiers, à quart temps pour les autres) et de deux coordinatrices de licence en Sciences Sanitaires et Sociales, va donc s'enrichir par l'arrivée d'un cadre masseur-kinésithérapeute.

Cette interprofessionnalité, souhaitée tant par le Ministère que par l'Institut a déjà permis :

- de se connaître et mieux se respecter ;
- de s'obliger à utiliser un langage compréhensible pour tous ;
- de s'enrichir par nos pratiques diverses pour les restituer dans un travail collectif.

Outre la formation cadre, l'Institut propose la formation d'adaptation à l'emploi des adjoints des

cadres et des adjoints techniques. Toujours dans un souci de reconnaissance mutuelle, une partie de la formation est commune avec la formation cadre, l'autre partie étant réservée à des enseignements spécifiques ciblés sur les fonctions occupées par ces agents et sur les domaines d'approfondissement qu'ils souhaitent aborder.

Enfin depuis 1992, l'Institut de formation des cadres de santé du CHU de Bordeaux a établi par convention un partenariat avec l'Université Victor Ségalen de Bordeaux II pour la licence en Sciences Sanitaires et Sociales.

Cette convention, comme il est indiqué dans l'arrêté du 18 août 1995, prend en compte des modules du diplôme de cadre de santé pour l'obtention de la 2^{ème} année de licence en Sciences Sanitaires et Sociales et des modules de la 2^{ème} année de licence pour l'obtention du diplôme cadre de santé.

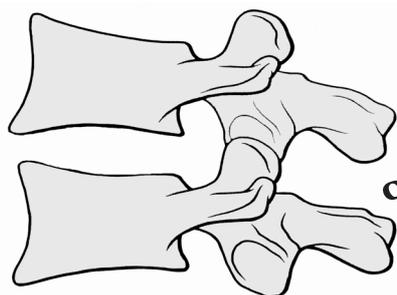
Pour information, la licence en Sciences Sanitaires et Sociales se fait dans le cadre de la formation continue sur deux ans : la première année est proposée comme préparation à l'entrée à l'I.F.C.S., la deuxième année peut être poursuivie pendant la formation cadre.

Face à cette diversité professionnelle, et désireux de créer une culture cadre commune, l'Institut s'attache cependant, grâce à l'aide des représentants de chaque profession, à respecter l'identité de chacun.

Bordeaux, le 26 mars 1998.



Dominique SELIGHINI,
Directrice.



**ostéologie
anatomie**

**ETABLISSEMENTS DU DOCTEUR
AUZOUX**
SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 280 000 F
9, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
75006 PARIS

TÉL : 01 43 26 45 81

FAX : 01 43 26 83 31

catalogue sur simple demande



L'Institut des Cadres de Santé a été créé en 1970. Il fonctionne en partenariat avec l'Université depuis 1990. L'agrément actuel lui permet de recevoir 40 infirmiers, 5 kinésithérapeutes et 5 diététiciens qui au terme de leur formation obtiendront un double diplôme : **Diplôme Cadre de Santé + Licence en Sciences de l'Éducation**.

Le choix de cette discipline a été retenu dans la mesure où elle priorise l'homme, le replace au centre des organisations et traite des apprentissages servant à la fois les deux fonctions de cadre de santé exerçant ou dans les unités de soins ou dans les instituts de formation.

Les raisons qui nous ont conduits à solliciter ces agréments sont liées à :

- Notre **conception de la formation** et de la **fonction** du Cadre de Santé et plus particulièrement à :

- un désir de décloisonnement ;
- une prise en compte et une recherche d'articulation des différences des professionnels concernés ;
- une volonté de susciter une co-réflexion, une co-action, une co-production harmonieuse entre infirmiers, kinésithérapeutes et diététiciens.

- Une **enquête de besoins** réalisée dans les Pays de Loire, qui faisait apparaître une réelle demande et qui conduisait les Instituts à se positionner en complémentarité afin d'offrir aux différents professionnels de la santé, concernés par le décret du 18 Août 1995, la possibilité de se former dans l'Ouest de la France.

- La **possibilité de réunir 3 professions** qui ont en commun une pratique s'adressant directement aux personnes soignées.

Comme le prescrit l'arrêté, la formation cadre "a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage commun à l'ensemble des cadres de santé, dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles" (1). En conséquence et au regard de cette **finalité**, l'Institut de Nantes propose aux étudiants de développer leurs capacités à :

- aborder les situations dans une intelligence et une complémentarité de perception (lectures plurielles des problématiques actuelles) ;

- inscrire les acteurs au centre des dispositifs et développer les effets de synergie en constituant des réseaux ;
- mettre en oeuvre des organisations porteuses de sens.

- **La formation** doit donc permettre aux futurs professionnels :

- de composer avec les différentes logiques ;
- de gérer les contraintes et les éventuelles contradictions sans les réduire ;
- de prendre des risques en cohérence avec leurs valeurs dans leur fonction ;
- de créer un climat social favorable à la production de prestations de qualité ;
- de devenir moteur du changement en s'impliquant directement dans la mise en place de nouvelles organisations.

- **L'apprentissage** à l'Institut repose sur le questionnement et la confrontation, et implique de la part de l'étudiant un engagement fort, qui l'amène à :

- découvrir,
- s'interroger,
- interroger,
- comprendre,
- agir,
- réguler.

- **L'enseignement** est assuré par :

- des Cadres de Santé issus des trois professions ;
- des professeurs d'Université ;
- des médecins et administrateurs ;

dont le souci est de proposer une "interdisciplinarité concertée" (2) favorisant ainsi une approche plurielle des situations auxquelles les cadres seront confrontés.

En conclusion, le **partenariat** Institut-Université, la **coexistence** d'acteurs différents, l'**interprofessionnalité** doivent permettre au cadre de santé formé à NANTES d'accéder à l'**altérité** dans le respect des **spécificités identitaires**, de saisir la **complexité** et de construire dans l'**interdépendance**.

« C'est tout au moins la visée du projet élaboré par l'équipe permanente de l'Institut des Cadres de Santé de NANTES. »

(1) Arrêté du 18 août 1995.

(2) Regaud C.



Marie-Odile GALANT,
Directrice.



Hôpitaux de Lyon

**INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTÉ DE
LA RÉGION RHÔNE-ALPES**

162, Avenue Lacassagne
69424 LYON CEDEX 03

Tél : 04.72.11.53.38
Fax : 04.72.11.53.19

L'agrément en vue d'assurer la formation des Cadres de Santé Kinésithérapeutes trouve sa légitimité :

• **Dans les orientations du projet d'établissement des Hospices Civils de Lyon (HCL)** où sont valorisées tout particulièrement :

- *La collaboration interdisciplinaire*, facteur essentiel de réussite de l'effort de communication au service du malade.

- *La promotion de la dimension managériale de la fonction d'encadrement*. Celle-ci avait déjà été prise en compte par la création d'un référentiel d'emploi «Cadre de Santé» commun à l'ensemble des cadres paramédicaux des HCL.

- *La place privilégiée des activités de rééducation considérées comme un des choix stratégiques du projet médical* en conformité avec le SROS Rhône-Alpes. Il convient de développer les métiers de ce secteur et la coordination des activités des professionnels concernés.

• **Dans l'intérêt manifesté par les principaux établissements de rééducation** de la région lyonnaise qui ont réservé un accueil favorable à cette initiative.

• **Dans le soutien apporté par les partenaires universitaires des HCL et plus particulièrement l'Institut technique de réadaptation** intégré à l'Université Claude Bernard.

Rappelons enfin qu'une demande d'ouverture d'une formation de moniteurs-cadres masseurs-kinésithérapeutes avait déjà été formulée en 1986 et renouvelée en 1995.

Créé en 1961 pour promouvoir la fonction Cadre auprès des infirmières, l'Institut de Formation des Cadres de Santé possède déjà une pratique confirmée de la pluriprofessionnalité puisque voilà 20 ans qu'il a ouvert ses portes à d'autres professionnels de la santé :

- en 1978, en formant les Cadres Manipulateurs d'Électroradiologie ;

- en 1982, en accueillant les Cadres de Laboratoires d'Analyses Médicales ;

- en 1983, en intégrant les Cadres de Santé Publique.

En 37 ans d'existence, l'Institut a formé 1234 Cadres de Santé de profession Infirmière (dont 47 en santé publique) et 89 Cadres médico-techniques (Manipulateurs d'électroradiologie, Techniciens de laboratoire d'analyse médicale).

LE PROJET DE FORMATION

Au regard du cadre législatif régissant les études (1), il vise l'acquisition de **compétences** pour exercer des fonctions d'animation et de gestion des soins d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, en tenant compte :

- de la demande des usagers,
- des cultures d'entreprises révélées par une mosaïque de métiers qui créent et font vivre le service rendu,
- de l'évolution du contexte socio-économique des systèmes de Santé Français et Européens.

Les intentions pédagogiques s'inscrivent dans 3 courants :

- La formation des adultes.
- La formation par l'alternance.
- Une formation pluriprofessionnelle.

• **La formation d'adultes :**

Notre action de formation **prend en considération et utilise l'expérience et la compétence professionnelle de chaque étudiant** (2) en développant ses capacités à :

- analyser différentes situations de travail à l'aide de concepts proposés,
- mettre à distance sa pratique de base pour en discerner la nécessaire évolution,
- communiquer, négocier, construire des projets,
- s'auto-évaluer et évaluer les personnels et les étudiants placés sous sa responsabilité, afin d'investir de nouveaux rôles professionnels.

L'étudiant recherche, complète ses connaissances en fonction de ses centres d'intérêt et crée alors sa **propre zone d'autonomie**.

• **La formation par l'alternance :**

L'institut propose une alternance de lieux d'apprentissage et d'approches complémentaires qui visent à faire succéder des périodes de transmission de savoirs avec des temps d'immersion dans le milieu du travail.

• **Une formation pluriprofessionnelle mise en oeuvre :**

- **dans des enseignements par modules** définis par le programme de l'arrêté du 18 août 1995,

- **dans des enseignements spécifiques** à l'appartenance professionnelle : infirmier(ère)s, manipulateur(trice)s d'électroradiologie, laborantins, kinésithérapeutes,

Capacité d'accueil de l'I.F.C.S. - H.C.L. :

- Depuis le 31 décembre 1997 -

- 45 Infirmières en Soins Généraux
- 5 Techniciens de Laboratoires
- 5 Manipulateurs d'Électroradiologie
- 5 Masseurs-Kinésithérapeutes

- **dans des activités transversales :**

- > mémoires,
- > analyses des pratiques,
- > thèmes en lien avec les activités du Cadre de Santé (ex : la communication, le projet, la qualité...), et avec son projet personnel au regard de l'exercice futur.

Le projet de formation met en évidence ce qui rapproche et unit à travers l'atteinte d'objectifs communs, mais aussi ce qui différencie afin de se situer non pas en concurrence mais en complémentarité. Une formation commune, comportant néanmoins certaines approches spécifiques, permet d'ancrer les Cadres de Santé dans la recherche de qualité du service rendu aux usagers et d'un meilleur fonctionnement des institutions de santé.

De plus, l'Institut souhaite favoriser une ambiance éducative propice au développement de valeurs :

- d'**autonomie** et de **solidarité**,
- de **responsabilité** devant une conscience individuelle et collective,

- d'**initiative** pour percevoir les évolutions sociétales,
- d'**engagement** au quotidien pour concilier efficacité et humanité.

L'Institut a déjà prouvé sa volonté de participer au décloisonnement des professions paramédicales. Il a favorisé ainsi le travail de coopération, de complémentarité des acteurs autour du **service rendu aux usagers des établissements de Santé**. L'ouverture aux professionnels de la rééducation participe de cette même logique institutionnelle et professionnelle.

(1) Décret et arrêté du 18 août 1995 relatifs au diplôme Cadre de Santé.

(2) Lire à chaque fois étudiant ou étudiante.



Michèle JAILLER,
Directrice.

FORMATION

Les aides financières à la formation continue des praticiens libéraux

Depuis plusieurs années, les professionnels libéraux bénéficient d'un mécanisme propre de contribution et de prise en charge de leur formation continue. Deux systèmes existent :

- la formation prise en charge par le F.I.F. - P.L. (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux) ;

- la formation continue conventionnelle.

LA FORMATION CONTINUE PRISE EN CHARGE PAR LE F.I.F. - P.L.

Elle a pour origine la loi du 31.12.1991, instituant un droit à une formation continue (F.C.) prise en charge, avec un financement assuré par une contribution des intéressés à l'URSSAF (236 francs pour 1996).

Le F.I.F. - P.L. recueille les contributions de tous les libéraux hormis les médecins. Chaque profession détermine un plan de formation en fonction de ses besoins. Les organismes de formation désirant être agréés par le F.I.F. -

P.L., pour une action de formation, doivent adhérer à une "charte de qualité". Cette démarche déontologique est assortie à un cahier des charges à respecter, notamment le fait de rester dans le cadre de la compétence des professionnels.

La contribution financière du F.I.F. - P.L., en constante diminution du fait du dépassement des budgets annuels alloués aux kinésithérapeutes, a été fixée pour l'année 1997 à 500 F par jour et pour quatre jours au maximum.

LA FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE

Le fonds d'action formation conventionnel a pour origine la convention nationale de 1994-annexe 3. Les fonds sont gérés conjointement par la caisse nationale d'Assurance Maladie, la F.F.M.K.R. et le S.N.M.K.R., réunis au sein d'une association "M.K. FORMATION".

La procédure d'agrément est beaucoup plus lourde à assumer pour les organismes de formation : des thèmes sont définis chaque année et un appel

d'offre est lancé, avec un cahier des charges très précis élaboré par les parties signataires (un dossier de 9 pages en 9 exemplaires est à fournir pour chaque action de formation proposée).

Lorsqu'un stage est agréé par la commission socio-professionnelle nationale, son coût est relativement modique pour le kinésithérapeute (de la gratuité à quelques centaines de francs) du fait de la prise en charge.

Par ailleurs, une indemnité de perte de ressources est versée au professionnel. Elle se monte à 50 A.M.K. par jour ouvrable pour un minimum de 2 jours consécutifs, et un maximum de 5 jours par an.

La formation continue conventionnelle apparaît donc plus avantageuse sur le plan financier, pour le praticien.

Au delà de ces 2 systèmes d'aide à la F.C., il faut entrevoir l'idée d'une formation continue bientôt obligatoire, donc en grande partie financée et contrôlée.

La nouvelle convention offre pour les libéraux différentes possibilités de prise en charge de la formation continue qu'il est intéressant de connaître tant pour les cadres et kinésithérapeutes qui souhaitent se former, que pour ceux qui désirent animer des formations. Nous avons choisi de demander à **Jean-Marc OVIEVE**, Cadre de Santé Kinésithérapeute, praticien libéral et directeur de l'Institut National de la Kinésithérapie, de nous les préciser.

DOCUMENTATION

Principales bases de données accessibles au public sur Internet et Minitel.

Bases de données	Adresse	Nombre et type de données	Mode d'interrogation	Particularités
Médical				
Medline	www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/	9 Millions de données 3900 revues totalité de la base accessible	Langage naturel ou contrôlé Accès au thésaurus Interro en anglais	Les principales revues internationales de kiné sont présentes (phys ther, arch phys ther, scand j phys ther ...)
	Minitel (9,21F/mn) 08 36 29 00 36	Antériorité depuis 1971	Langage contrôlé Pas d'accès au thésaurus Interro en angl ou fra.	
Pascal	www.inist.fr/	12 millions de données dont 27 % en médecine Depuis 1973	Consultation simplifiée ou experte Pas d'accès au thésaurus	Présence des principales revues françaises de rééducation et kiné
	Minitel (9,21F/mn) 08 36 29 36 01	Accès à toutes les données		
EMC	3617 code EMC	920 000 données Antériorité inconnue	Langage contrôlé. Pas d'accès au thésaurus Interro en angl ou fra	La base la moins chère sur Minitel et très facile à interroger. La kiné française est indexée.
Redatel	www.m.d.ucl.ac.be/entites/iepr/abl-welcome.htm	45500 données en kinésithérapie depuis 1980	Langage contrôlé Lexique en vente	Seule base de rééduc. accessible au public Prochainement le lexique sera disponible gratuitement sur le Net.
Administratif				
Administration française	www.admifrance.gouv.fr	Répertoire des serveurs internet de la fonction publique : universités, hôpitaux, ministères...	Classement par thème : Médecine (41 sites) Santé (37 sites)	Site unique et très clair pour accéder aux administrations
Journal Officiel	3616 JOEL (1,29 F/mn)	Texte intégral des 9 derniers mois. Table chronologique depuis le 1/1/86. Textes fournis par fax	Interrogation sur thème ou période ou Num éro de textes	Procédure de recherche fastidieuse. Tarif des fax : 40F + 5F/p
Bibliographique				
Téléthèse	3615 Sunk (1,01 F/mn) suivi de THE	Répertoire national des thèses de doctorat	Interrogation par sujet, auteur, année	Il existe quelques thèses de rééducation.
CCN	3617 CCN (2,23 F/mn)	Catalogue Collectif National des revues Etat des abonnements des bibliothèques françaises	Recherche par titre de revue, sujet ou éditeur.	Outil indispensable pour connaître le titre exact d'une revue et savoir où se la procurer
Electre	3617 ELECTRE (2,23F/mn)	- 420 000 livres en vente - Répertoire d'adresse d'éditeurs et de libraires	Recherche par titre, auteur, éditeur, sujet, période	Les éditeurs Masson, Elsevier, Lamarre sont représentés

Voici une sélection de bases de données susceptibles de répondre aux besoins des Cadres de Santé. Étant donné le développement des connexions à Internet dans les services et des offres sur le web, le moment est venu de faire le point sur les outils de recherche de données sur l'Internet. Concernant les coûts d'interrogation, il faut ajouter le prix forfaitaire d'une connexion à un prestataire (entre 50 et 100 francs français par mois) + le tarif des communications téléphoniques jusqu'à ce prestataire, le temps de la recherche (15 francs de l'heure en local).

Des collègues ayant déjà réalisé une présentation comparative des différents accès à *Medline* sur le Net (Référence citée dans le n°9 de la Lettre), j'ai choisi de ne présenter que celui que j'utilise.

D'autre part, le site www.chu-rouen.fr est depuis quelques années incontournable et inégalé, répertoriant toutes les bonnes adresses sur le Net en santé et médecine.



Sylvie VOINEAU,
Responsable de la Chronique.

■ DÉCOUVERTE



Le Collège National de la Kinésithérapie Salariée

HISTORIQUE :

Le C.N.K.S. a été créé le 30 avril 1996, à l'occasion du 50^{ème} anniversaire de la profession, par la volonté de coopération des deux seules structures spécifiques de kinésithérapeutes salariés : l'A.N.K.S. et le S.N.K.S. C'est le 30 avril 1998, lors des J.N.K.S. de Bordeaux que la structure statutaire du C.N.K.S. a été définitivement adoptée.

BUTS :

Le C.N.K.S. a vocation de société savante en regard de la kinésithérapie salariée. À ce titre, les kinésithérapeutes exerçant sous ce mode sont les premiers intéressés mais tout autre professionnel de santé exerçant son activité avec, autour ou en lien avec la kinésithérapie peut être associé en tant que de besoin aux réflexions conduites par le C.N.K.S. soit par le biais d'associations ou structures, soit à titre individuel.

STRUCTURES et MOYENS :

COMITÉ DIRECTEUR

3 Membres d'Honneur

3 Membres A.N.K.S. 3 Membres S.N.K.S.

DÉLÉGATION GÉNÉRALE

1 Délégué Général

1 Délégué Général Adjoint

CONSEIL NATIONAL D'ORIENTATION

Le Comité Directeur et la Délégation Générale
Les Présidents et Animateurs de C.N.E.R.
Le Représentant de chaque structure partenaire

COMMISSIONS NATIONALES D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE

C.N.E.R. "Pratique professionnelle"

C.N.E.R. "Métier"

C.N.E.R. "Formation, Enseignement et Recherche"

Le C.N.K.S. est administré par un **Comité Directeur** composé de 3 membres d'Honneur, de 3 représentants de l'A.N.K.S. et de 3 membres du S.N.K.S. Pour exercer ses missions d'études et de recherches, de formation et d'information, il met en place un **Conseil National**

d'Orientation (C.N.O.), des **Commissions Nationales d'Études et de Recherches (C.N.E.R.)** et des **Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée (J.N.K.S.)** dont la coordination est assumée par une **Délégation Générale**. Cette dernière est composée d'un Délégué Général et d'un Délégué Général adjoint si nécessaire, mandaté(s) par le Comité Directeur du C.N.K.S..

* Le **C.N.O.** est composé des 3 présidents et des 6 vice-présidents animateurs des C.N.E.R., du Délégué Général, et d'un représentant par structure de type associatif ou syndical appartenant au monde de la santé, qui bénéficie d'un agrément à sa demande d'être membre partenaire du C.N.K.S. Il se réunit 2 fois par an, dont 1 fois lors des J.N.K.S..

* Les **C.N.E.R.** sont au nombre de trois :

- C.N.E.R. "*Pratique professionnelle*",

- C.N.E.R. "*Métier*",

- C.N.E.R. "*Formation, Enseignement et Recherche*".

Elles sont composées d'un président, d'un animateur issu de l'A.N.K.S. et d'un animateur issu du S.N.K.S., d'un représentant par structure partenaire du C.N.K.S., et de tout professionnel kinésithérapeute salarié, technicien ou cadre, ayant acquis à titre individuel la qualité de membre associé. Elles se réunissent 3 fois par an et soumettent leurs travaux aux J.N.K.S..

* les **J.N.K.S.** sont organisées annuellement autour du 30 avril. Elles ont vocation à réunir les kinésithérapeutes salariés (et selon les thématiques retenues au programme y associer tout autre professionnel de santé en lien avec l'exercice salarié de la kinésithérapie) aux fins de faire le point des études et réflexions conduites par les C.N.E.R. d'une part, de faire le point des évolutions professionnelles en cours, de réaliser sa vocation de formation sur des sujets et thèmes en lien avec l'exercice professionnel d'autre part.

* Les communications, tables rondes, des J.N.K.S. font l'objet d'une publication annuelle "d'Acta". Les travaux des C.N.E.R. feront aussi, en tant que nécessaire, l'objet de publications sous une forme restant à définir (cahiers, guides, ...).

Le C.N.K.S. co-organise les 28, 29 et 30 avril 1999, au centre social du Centre Hospitalier Le Vinatier de Lyon-Bron (69), les

3^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA KINÉSITHÉRAPIE SALARIÉE,

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

Renseignements et Inscriptions : 04.74.45.42.40

FORMATION

Épreuve pratique du diplôme d'État de Kinésithérapie

Il nous paraît important que les cadres engagés dans le D.E., au travers de la préparation des étudiants ou en tant que jury, poursuivent et développent une réflexion sur les critères d'évaluation en particulier de l'épreuve pratique. **Jacques VAILLANT**, Cadre-Kinésithérapeute à l'IFMK du CHU de Grenoble, s'investit en ce sens.

De la lumière à l'ombre

Voilà des années que nous évaluons de manière très naturelle, voire intuitive, pour désigner nos futurs confrères à l'issue de l'épreuve pratique. En deux épreuves de "démonstration" sont désignés ceux qui passent (la barre) et ceux qui ne la passeront pas, ceux qui intègrent le corps des kinésithérapeutes et ceux qui ne l'intègrent pas.

Ces épreuves sont-elles des évaluations certificatives utilisant des critères formels ou une sorte de rite initiatique socio-professionnel matérialisant l'entrée dans la "tribu des kinésithérapeutes" ?

1. Une évaluation certificative de compétence :

L'évaluation finale d'un cursus de formation professionnelle s'inscrit dans la fonction somative (ou certificative) de l'évaluation (Cardinet, 1986). *"L'évaluation somative certifie que le but final de la formation a été atteint, donc que les élèves ont acquis les compétences dont la société a besoin"* (Ibid).

Lors de l'épreuve pratique du Diplôme d'État de Masso-Kinésithérapie (DEMK), les évaluateurs apprécient en quarante minutes les compétences du candidat ou son aptitude à exercer la profession. La région Île-de-France bénéficie d'un outil d'aide à la décision en quatre critères : savoirs et justifications, comportement, technique et démarche.

Si ces critères sont en parfait accord avec les deux textes réglementant le programme des études et le déroulement des épreuves du DEMK (Décret n° 88-633 et Arrêté du 30 août 1993), ils ne discernent à notre sens que très partiellement la compétence supposée d'un kinésithérapeute telle que définie dans le décret d'actes (Décret n° 96-879). En effet, les capacités à appréhender le patient dans son environnement, à savoir gérer la complexité de l'aide, à prendre une décision, à faire de l'éducation ne sont pas explicitement perçues.

L'usage de cette grille en quatre méga-critères pourrait révéler un effet pervers en rassurant trop, à la fois l'évaluateur et, à la fois, l'évalué (ou l'apprenant). Si comme le souligne J-J. Bonniol (1982), la multiplicité des critères intégrés par un étudiant est garante de la qualité de son apprentissage, cette grille serait susceptible de "démoti-

ver" les évaluateurs et les apprenants dans la recherche des critères plus fins utilisés au cours du DEMK.

La question qui nous vient à l'esprit est : *ces méga-critères (savoirs et justifications, comportement, technique et démarche) sont évidemment majeurs mais quels autres critères cachent-ils ?*

En enquêtant sur la façon de faire de cadres kinésithérapeutes (Vaillant, 1997), nous avons pu mettre en évidence des influences présidant à ces critères explicites (le champ technique professionnel, le champ cognitif médico-kinésithérapique par exemple) mais découvrir aussi des influences probablement à l'origine de critères implicites.

2. Un rite initiatique professionnel :

La recherche en amont des références implicites qui génèrent les critères d'une évaluation (ou démarche de référentialisation) consiste à partir de la pratique pour dégager les modèles de référence des évaluateurs.

Elle ne cherche pas à figer la situation (créer un référentiel) mais à produire une photographie à un moment donné d'une situation d'évaluation.

L'épreuve pratique du DEMK a de particulier qu'elle détermine de manière forte l'acceptation d'un postulant (le candidat) au sein d'un corps professionnel. L'admission est influencée par la culture professionnelle kinésithérapique certes axée sur des aspects pratique, gestuel, cognitif largement enseignés mais aussi sur des aspects comportementaux beaucoup plus implicites. L'épreuve matérialise la trans-formation de l'individu et valide l'appropriation qu'il a fait de la culture professionnelle, des valeurs professionnelles et des rapports du groupe professionnel avec la société. L'étudiant n'est pas seulement évalué sur ses connaissances factuelles mais aussi sur son "intelligence des principes" et sur son "appréhension de la raison d'être des choses" (Forquin, 1989). Ceci d'autant plus que *"l'enseignant (...) a été "initié" et se trouve en quelque sorte "à l'intérieur" de ce monde de culture et qui a fait de ce monde son monde par un processus typique de construction d'identité intellectuelle"* (Ibid). Savoir se positionner comme kinésithérapeute suppose une confrontation avec la profession, son exercice, son image auprès des patients, ses conflits internes, ses conflits externes (pour l'aspect social), mais aussi avec son histoire, ses mythes et ses représentations. L'ambiguïté est grande. A la fois une partie de ce qui est évalué est particulière à chaque individu, à la fois elle s'inscrit dans un "commun" social et kinésithérapique. N'évalue-t-on pas alors la cohérence de cette culture chez le candidat ?

3. Un rite initiatique social :

Cette réflexion sur la "conformité culturelle" se prolonge par rapport aux valeurs propres de notre société. Celles-ci ont été "naturellement" ou implicitement inté-

grées par les évaluateurs lors des confrontations répétées au fil de la vie avec cette "société" (école, activités sportives et associatives, collège, lycée, université...) et (plus récemment) dans les rapports en tant que professionnel de santé-kinésithérapeute avec les autres acteurs de santé, les patients et leurs familles. Nous pensons qu'une étude sur le DEMK montrerait vraisemblablement l'existence de critères implicites tels les normes d'internalité-externalité chères à Monteil (1989). D'après ce dernier, les enseignants donneraient la préférence à une explication (lors de l'auto-évaluation d'un étudiant) issue d'éléments internes (auto remise en cause) plutôt qu'à des phénomènes externes (accusation du contexte, ou des autres acteurs). De même Abernot (1988) a décrit un "effet de halo" (lors des épreuves orales) issu de l'image donnée par le candidat et qui influe sur l'appréciation portée, de manière caricaturale une sorte de note de "tête".

Sans avoir pu ni formellement les mettre en évidence, ni les rejeter lors d'une étude auprès de cadres kinésithérapeutes, nous nous interrogeons sur des possibles influences macro-sociétales sur les pratiques kinésithérapiques. La contrainte économique et la prévalence des critères financiers dans l'évaluation des politiques publiques (notamment dans le domaine de la santé) oriente la profession vers une recherche de qualité et d'efficacité (non plus au sens subjectif et général mais bien plus) au sens industriel et marchand. Si la presse kinésithérapique constitue un bon miroir, il apparaît aujourd'hui une évolution (ou une tension vers une évolution) des pratiques professionnelles. Quelles sont les conséquences sur nos pratiques évaluatives de l'apparition réglementaire du diagnostic kinésithérapique et du développement concomitant des outils de mesures de la fonction et de la qualité de vie ? L'économie, la qualité, la mesure et le concept de diagnostic kinésithérapique constituent-ils de nouvelles références qui influent sur la manière d'apprécier des jurys ?

4. En guise de conclusion :

Sans pouvoir répondre à l'importance des influences culturelles professionnelles et sociales, nous rebondissons sur une réflexion en amont. Les études de kinésithérapie sont pour beaucoup définies par un programme et peu d'I.F.M.K. se sont penchés explicitement sur la définition d'un curriculum au sens de Forquin (1984) (c'est-à-dire : "un parcours éducationnel, un ensemble suivi d'expériences d'apprentissages effectués par quelqu'un sous le contrôle d'une institution formelle au cours d'une période donnée").

Le diplôme d'État constituerait le terme de ce parcours. Il pourrait alors être une simple validation de la formation de l'étudiant constituée par trois années d'enseignements théoriques et pratiques mais aussi par des situations anodines, des rencontres, des confrontations qui permettent à l'étudiant de donner du sens à ses actes.

Bibliographie :

- ABERNOT Y. (1988) : Caractéristiques et difficultés de l'évaluation, les méthodes d'évaluation scolaire, Paris, Bordas.
- BONNIOL J.J. (1982) : Influence de l'explicitation des critères utilisés sur le fonctionnement des mécanismes d'évaluation d'une production scolaire, Bulletin de Psychologie, n° 353, pp 173-186.
- CARDINET J. (1986) : Pour apprécier le travail des élèves, Bruxelles, De Boeck.
- FORQUIN J.C. (1984) : La sociologie du curriculum en Grande-Bretagne : une nouvelle approche des enjeux sociaux de la scolarisation, Revue française de sociologie, XXV, pp 211-232.
- MONTEIL J.M. (1989) : Éduquer et former, perspectives psychosociales, Grenoble, PUG.
- VAILLANT J. (1997) : Diplôme d'État de Kinésithérapie : À la recherche du "caché", Mémoire de Maîtrise de Sciences de l'Éducation, Université Pierre Mendès-France, Grenoble.



Béatrice CHAPIN,
Pascale JAILLARD,
Responsables de la Chronique.



COMMUNIQUÉ OFFICIEL

Le 28 mars dernier, dans les locaux de l'École Nationale de la Santé Publique à l'Hôpital National Saint-Maurice, s'est tenue l'Assemblée constitutive de

L'ASSOCIATION NATIONALE DES AMBASSADEURS RÉGIONAUX CADRES DE SANTÉ MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES.

Cette nouvelle association régie par la loi de 1901 regroupe les cadres M.K. représentants et mandatés par leur dynamique locale, qu'elle soit déclarée ou non en Préfecture sous forme d'association et répondant ou non à l'appellation d'*Ambassade de Réflexion*. L'affiliation individuelle à cette association est donc soumise à des critères qualitatifs et quantitatifs de représentativité démographique précisés dans le règlement intérieur.

Ses objectifs sont de rassembler, fédérer les réflexions régionales et initiatives des "Ambassades de Réflexion" des cadres M.K. dans le respect de l'autonomie locale afin de participer à l'évolution de la profession.

Les valeurs de l'association sont la confiance en la représentativité de ses membres, la transparence, l'indépendance de réflexion et d'expression, et le respect de l'autonomie régionale.

L'Assemblée constitutive.

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ

Annie BOURDIL
Conseiller Technique
Direction des Hôpitaux
Ministère de l'Emploi
et de la Solidarité

43 ans

M.K.D.E. en 1978 à Paris

M.C.M.K. en 1991 à Paris



Bonjour Annie Bourdil, vous êtes cadre kiné ?

Oui. Je suis masseur-kinésithérapeute depuis 1978 et cadre depuis 1991, et j'ai toujours exercé à l'hôpital public au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Dans l'exercice de mes fonctions, dans les années 80, j'ai développé au sein de mon institution des actions de formation intitulées "prévention des risques aux postures professionnelles" en partenariat avec les collectivités territoriales (mairies, écoles). Bien avant de parler de complémentarités, de coopérations, notre service avait initié des collaborations avec des organismes variés afin de partager nos savoir-faire. Mon objectif était de former les professionnels de tout secteur à l'analyse de leur posture, à l'évaluation de leur poste de travail, et non de leur proposer des 'recettes' toutes prêtes souvent mal adaptées et surtout ne développant pas l'autonomie de ces personnes en formation. On ne parle même pas du retour investissement en formation que tout employeur attend, notamment celui de voir diminuer le nombre d'accidents du travail. Je voulais simplement leur faire appréhender les possibilités, mais aussi les limites, de leur corps et de leur environnement afin qu'au regard de leurs problématiques ils puissent eux-mêmes faire des propositions d'amélioration et les mettre en oeuvre

concrètement. Mettre en place les conditions pour que chacun comprenne, donne du sens à son action, innove et crée, sachant qu'il n'existe pas de recette idéale, voilà un des objectifs qui m'a animée, m'anime et m'animerà quelles que soient les fonctions que j'occupe.

Cette attention particulière à la formation m'a conduite à en suivre personnellement de nombreuses : en ergonomie, en uro-dynamique, en réanimation, neurologie... Ces multiples formations m'ont fait découvrir et apprécier la richesse et la diversité de notre profession de masseur-kinésithérapeute. Je n'ai pas exploré toutes les possibilités qui nous sont ouvertes, mais j'ai compris que la formation initiale était une base qu'il appartenait à chacun d'enrichir en fonction de son projet professionnel.

Début 1990, ayant la responsabilité d'encadrer les stagiaires, j'ai très vite senti les limites de mes connaissances, notamment en termes de pédagogie et de management. Je me suis donc inscrite à l'école de cadres. Je ne souhaitais pas devenir un expert ; si cela avait été, j'aurais fait la démarche bien avant. Mais j'étais à la recherche de méthodes pour mieux créer du sens, pour mieux générer du sens dans une équipe de kinésithérapeutes, dans une équipe pédagogique.

Alors, de cadre M.K. devenir conseiller à la Direction des Hôpitaux ?

Ma formation cadre fut tout à fait passionnante. Réalisée en partenariat avec l'Université d'Aix-Marseille en vue de l'obtention d'une Licence de Sciences de l'Éducation, cette formation m'a fait découvrir qu'au-delà des dimensions pédagogiques, managériales, il y avait une dimension sociologique, économique, juridique... Ce que l'on appelle la *multiréférentialité*, et pour complexifier le tout, elles étaient toutes étroitement liées entre elles. L'envie de comprendre m'a amenée à poursuivre la réflexion, d'où mon inscription en Maîtrise. Conquise par les démarches d'évaluation, je les ai rapprochées de l'exercice de notre profession. Notre pratique est basée sur ces démarches, et nous ne savons pas l'exploiter, ni le formaliser. Notre tendance, ou celle que l'on nous attribue, est de réduire notre exercice à des actes techniques.

Depuis 1991, date d'obtention du certificat cadre, j'ai assuré diverses fonctions : du suivi de stages, je suis passée responsable de la formation (stagiaires, M.K.), puis faisant fonction de cadre supérieur. J'ai passé un concours pour accéder au grade de surveillante-chef et j'ai été nommée responsable d'un service de rééducation fonctionnelle en l'absence de tout médecin dans ce service.

Parallèlement, j'ai participé à une réflexion transversale sur le dossier informatisé du patient, défendant le rôle et la place du masseur-kinésithérapeute dans une équipe de soins. J'ai également conduit une démarche d'amélioration des conditions de travail sur l'ensemble de l'établissement et j'ai mené un groupe de travail dont l'objectif était d'élaborer le versant social du projet d'établissement. Doux mélange d'envie, de dynamisme et de retour sur investissement car, dans le même temps, je poursuivais un D.E.S.S. *Consultant en Fonction Publique Hospitalière*.

J'ai ensuite postulé au Ministère de la Santé sur un poste de suivi de la politique d'amélioration des conditions de travail (protocole 3 Durieux) à mi-temps. J'ai été la première surprise d'être retenue, mais ravie qu'un masseur-kinésithérapeute franchisse cette forteresse, même et surtout si je savais qu'il y avait un de nos confrères au cabinet de Ministre. De fil en aiguille, d'un mi-temps je suis passée à un temps *très* plein. Nommée à la cellule administrative du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière, j'ai participé à la réflexion qui a conduit aux Ordonnances d'avril 1996. J'ai également fait un passage au cabinet d'Élisabeth Hubert, Ministre de la Santé, en tant qu'adjoint au chef de cabinet dans lequel il m'a été offert la possibilité de comprendre le fonctionnement d'un cabinet, les contraintes politiques et les liens entre le politique et l'administration centrale. Suite à la recomposition du gouvernement, le poste de conseiller technique à la Direction des Hôpitaux m'a été proposé, poste que j'occupe encore aujourd'hui. Ce poste correspond à mes valeurs fondamentales notamment l'interprofessionnalité, la transversalité, développant le versant humain dans les dispositifs des Ordonnances. Je suis surtout une professionnelle au sein d'une tutelle centrale et administrative.

Actuellement je suis aussi en thèse sur l'évaluation des politiques publiques.

À travers le fil rouge de vos différentes fonctions, on perçoit une quête conceptuelle fondamentale qui transcende vos actions. Quel que soit l'emploi, vous cherchez le sens, non pas les données qu'ils mobilisent, des différents aspects.

Mon parcours professionnel a entraîné des choix, des options de formation qui correspondaient à chaque fois à une évolution, à une quête de sens. L'atteinte de ses limites est un bon stimulant et toutes formations les repoussent ou permettent un maintien des capacités, si je me réfère à la formation continue par exemple. Dans le

même temps, il ne faut pas prétendre tout comprendre, mais simplement ouvrir son champ de vision et finir par admettre que ce que l'on connaît n'est pas comparable à l'immensité de ce que l'on ne connaît pas.

C'est vrai, c'est une quête de sens ; y compris dans l'exercice de mes fonctions. Je me contente rarement de la stricte définition de poste et l'exercice consiste à chercher l'évolution qu'il est possible de lui donner pour une meilleure fonctionnalité et opérationnalité. Mais, pour faire évoluer une fonction, il faut d'abord faire preuve de loyauté, de crédibilité et de légitimité. Il faut savoir écouter, partager le même langage, se faire connaître pour mieux se faire reconnaître.

À propos du langage masso-kinésithérapique, comment le situeriez-vous? Déjà, existe-t-il? Est-ce que la conception masso-kinésithérapique existe ?

Oui, la conception masso-kinésithérapique existe, tout comme son langage. Mais plus fondamentalement, je pense que le concept doit être plus large et je préfère parler de rééducation sans nier l'existence d'une identité propre masso-kinésithérapique.

Il me paraît important, en première intention, que l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes se comprennent et que la recherche d'excellence dans certaines disciplines ne doit pas remettre en cause notre polyvalence, symbole de notre richesse. Tout comme la forme d'exercice, même s'il est différent, ne doit pas être l'objet d'une dichotomie entre professionnels. Il est urgent, à l'heure de l'accréditation, de travailler sur notre référentiel, sur nos méthodologies, nos processus et procédures. Cela passe inévitablement par la concertation, mais surtout par la formalisation. La culture de l'oral doit faire corps avec celle de l'écrit et le diagnostic kinésithérapique est une première pierre à l'édifice. Comme je l'ai dit précédemment, nous avons la chance d'utiliser des méthodologies d'évaluation mais nous ne savons pas les faire

connaître, donc reconnaître. Faire de la qualité c'est évaluer, auto-évaluer, réguler, réajuster et accepter aussi l'évaluation externe. N'est-ce pas notre pratique au quotidien?

Nous avons toutes les composantes, les ressources nécessaires ; mettons-nous au travail. Notre identité professionnelle passe par cette réflexion intégrant non seulement les données empruntées à la médecine au sens large, mais aussi à la sociologie, à la culture, à l'économie... Certes, les informations du dossier médical sont nécessaires mais insuffisantes pour élaborer un projet thérapeutique avec le patient. Tout comme un projet masso-kinésithérapique est nécessaire, mais insuffisant pour parler de prise en charge thérapeutique globale d'un patient.

Quels sont les dossiers sur lesquels vos fonctions vous amènent à travailler ?

D'un point de vue technique, les dossiers que je manage ou suis sont de natures différentes :

- tout d'abord *professionnelles*, tels que l'expertise, le coordonnateur du plateau médico-technique et de rééducation, l'analyse des pratiques professionnelles, la qualité des soins, les quotas dans les instituts de formation...

- *transversales*, tels que l'application des Ordonnances et/ou ses conséquences, et implications pour les professionnels de santé : contractualisation, réseau, complémentarité (G.C.S., fusion, S.I.H., ...), accréditation, droit des usagers, organisation interne, qualité des soins... tous les grands chantiers initialisés par les ordonnances ;

- *thématiques* : prise en charge de la douleur, alimentation hospitalière, recherche paramédicale, et bien d'autres encore.

Globalement, mon objectif est de mettre en place les conditions pour que les professionnels soient considérés comme des co-auteurs, et non des agents d'exécution, avec une pensée particulière pour les professions médico-techniques et de rééducation.

Au-delà de ces dossiers, je participe en tant que professionnelle de santé à des groupes de travail mis en place par la Direction des Hôpitaux, mais aussi parfois par la Direction Générale de la Santé.

En somme, “mariée-deux enfants”, vous êtes une femme ordinaire...

Mon parcours n'a rien d'extraordinaire, ni d'exceptionnel. J'ai des valeurs qui m'animent et que je respecte, valeurs de soignante, de rééducateur et fondamentalement, de respect de l'autre.

Je sais par ailleurs que la position de cadre aujourd'hui n'est pas facile dans nos institutions, c'est une posture charnière que l'on contraint sans forcément lui donner les moyens pour y faire face. Le changement n'est pas facile à accompagner, les résistances sont nombreuses, mais le mouvement n'est-il pas un symbole de notre profession?

Apprenons à échanger et partager avec d'autres collègues ; l'impression d'isolement et parfois d'impuissance ne s'implantera pas. La nature ayant horreur du vide, si nous ne réagissons pas, d'autres le feront à notre place, et occuperont petit à petit nos postes. Il n'est pas concevable de réclamer la reconnaissance, un positionnement dans le système de santé, et dans le même temps ne pas se donner les moyens d'y parvenir et de tout attendre des autres. Ne raisonnons pas en individualistes ; développons les collaborations et coopérations de toutes natures, donnons corps à la notion de réseau et de complémentarité. Je fais confiance aux professionnels que nous sommes.

Votre démarche paraît essentiellement prospective, quel avenir aimeriez-vous personnellement avoir ?

Ma démarche est dans un premier temps de pérenniser le poste de

conseiller technique, aussi en tant que représentant des professions médico-techniques et de rééducation, puis de le faire évoluer (ce poste était antérieurement occupé exclusivement par une infirmière générale). À l'heure de la mondialisation des échanges, il paraît incontournable de s'ouvrir sur l'Europe et plus encore sur l'international, c'est vers cette ouverture que je souhaiterais me diriger.

À plus long terme, j'aimerais prendre en charge un établissement de santé dans lequel je mettrais en oeuvre ce qui a déjà fait ses preuves et ce en quoi je crois fondamentalement et que je vous ai largement explicité précédemment. Cette perspective ne me sera permise que si je suis entourée de ma famille comme une femme bien ordinaire !

Entretien : Michel GEDDA

■ MÉMOIRES CADRES

Information et Accréditation.

Secondairement à la mise en place du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) dans les établissements de moyens séjours (phase de rodage : janvier à juin 1998, phase de mise en place officielle juillet 1998), nous nous interrogeons à divers titres sur l'élaboration des procédures (ou logigrammes) et des fiches techniques que nous allons instaurer dans les services afin de soumettre nos établissements, dans un délai qui reste prudemment à définir, à une demande officielle d'accréditation auprès de l'A.N.A.E.S..

Les champs d'application de ces procédures sont vastes, pour ne pas dire infinis. D'autre part, ces procédures seront-elles spécifiques à chaque service, à chaque établissement, à chaque réseau de soins, ou enfin nationale?

Deux mémoires réalisés par des élèves Cadres de Santé de l'Institut de Formation "Bois-Larris" abordent le thème de l'évaluation et de la gestion totale de la qualité.

En 1996, Claire Besnard-Souêtre dans son mémoire intitulé "Étude d'un système de gestion totale de la qualité de la prise en charge de Rééducation-Réadaptation Fonctionnelle" s'est intéressée au modèle industriel d'amélioration de la qualité. Une étude de terrain autour de trois pôles (industriel, hospitalier et rééducatif), associée à une étude bibliographique, a permis la réalisation d'un modèle théorique de la gestion totale de la qualité de la prise en charge en rééducation.

Dans un premier temps, l'analyse comparative entre les entreprises industrielles et commerciales et les établissements de santé (dans le domaine de la Rééducation-Réadaptation) a permis d'assimiler :

- le *fournisseur* -> au service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle,
- le *processus* -> à la rééducation-réadaptation,
- le *produit* ou le *service* -> aux soins de rééducation-réadaptation,
- et le *client* -> à l'utilisateur (le patient), la sécurité sociale (représentant payeur) et l'état (représentant social).

Deux limites sont cependant mises en exergue : d'une part la difficulté de mesurer un état de santé et d'autre part l'impossibilité de faire la part précise dans la modification d'un état de santé entre l'efficacité des soins et l'action propre du patient sur son état.

Le modèle théorique de gestion totale de la qualité introduit les notions de qualité totale (qualité du produit au moindre coût), de démarche qualité et de système-qualité.

Les principes de mise en place et de fonctionnement de cette démarche de Gestion Totale de la Qualité (GTQ)

reposent sur quatre points :

- la réalisation d'un cahier des charges des besoins exprimés ou implicites du patient,
- la recherche systématique des dysfonctionnements,
- l'engagement de l'encadrement,
- et l'adhésion et l'implication de chacun.

Ces différents items ne peuvent être animés et respectés qu'à partir d'un management participatif et non autoritaire.

Deux expériences ont été réalisées : l'une au centre l'ADAPT de Virazeil (P. Maciejewski), l'autre à Mulhouse (D. Grosse, A. Moreau).

• À Virazeil, une démarche par objectifs est réalisée à partir d'un bilan d'entrée commun aux différents intervenants. Une synthèse intervient toutes les trois semaines. En cas de difficulté, une synthèse extraordinaire est organisée avec le patient pour trouver un compromis Patient/Équipe. L'évaluation de l'autonomie est faite par la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle.

Les limites de cette démarche par objectifs sont (P. Maciejewski) :

- pas de présence systématique du patient aux synthèses,
- pas de délais d'atteinte des objectifs,
- outil de mesure de l'état de santé du patient à revoir,
- nécessité d'un management participatif.

Les bénéfices sont :

- démarche plus globale et plus humaine,
- avenir du patient préparé plus tôt et mieux,
- diminution des conflits soignants/soigné,
- engagement des professionnels,
- prise de conscience par le patient de la réalité du handicap et meilleure acceptation.

• À Mulhouse, le Plan Individualisé d'Intervention (PII) (élaboré à Montréal) est développé. Le PII est un outil de synthèse qui réunit les observations de l'équipe pluridisciplinaire, les attentes propres aux clients-usagers, les objectifs spécifiques et les actions à mener compte-tenu des moyens disponibles. Le PII est construit en collaboration avec le patient et sa famille.

Les limites sont (D. Grosse, A. Moreau) :

- nécessité d'un système participatif et donc d'une "maturité" de l'équipe,
- modification du rôle du médecin qui devient un rôle de coordonateur, de fédérateur et d'animateur d'une équipe pluridisciplinaire.

Les bénéfices sont :

- une transparence de la prise en charge,
- une responsabilisation des professionnels,
- une recherche interdisciplinaire,
- un gain de sens et collaboration étroite pour le patient,
- économiques, le PII étant un document écrit, il reste une preuve de la qualité du service fourni et rentre ainsi dans la nouvelle logique d'accréditation.

En résumé, Claire Besnard-Souêstre, souligne que le modèle industriel d'amélioration de la qualité est tout à fait applicable dans le domaine de la Rééducation-Réadaptation et que des expériences de terrain sont déjà en place. Cette démarche qualité industrielle apparaît comme un outil rigoureux et efficace de changement des pratiques et des fonctionnements dans les établissements de Rééducation-Réadaptation.

En 1997, Christian Viadé travaille sur un Processus d'Évaluation de la rééducation en court séjour.

L'objectif est de proposer une stratégie de mise en place, sur le mode participatif, d'un processus d'identification et d'évaluation de la rééducation, basé sur des critères valides, comparables et reproductibles dans la totalité des services courts-séjours de centre hospitalier de même type. Ce projet a été réalisé au Centre Hospitalier Universitaire de Lille (service du Professeur Thévenon).

La motivation première de cette stratégie est d'apporter à la rééducation en court séjour les moyens indispensables à son évaluation, et au delà, de contribuer activement à l'évaluation des services en vue de leur accréditation et par conséquence à celle de l'établissement.

Le calendrier du processus comprend une initiation du projet de mars à septembre 1997, une information et une analyse de l'existant de septembre à décembre 1997, une identification des indicateurs d'activité et de résultats, et la constitution des protocoles de formalisation au cours du premier trimestre 1998. Une période de pré-test dans chaque service, et au second semestre 1998 la mise en oeuvre des protocoles.

Ce calendrier répondant au cahiers des charges est le préambule à la mise en place d'un processus comprenant une planification, une programmation, une exécution et un contrôle de cette démarche qualité.

En conclusion, ces deux mémoires ont l'énorme avantage, à partir d'un processus théorique d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients en Rééducation-Réadaptation moyen séjour et court séjour, d'avoir sollicité différentes expériences pratiques dans des services.

Ces expériences associées à un management participatif modifient les processus récemment mis en place dans un but d'amélioration de la qualité.

Il est cependant à noter deux points :

- aucune notion de coût ne figure dans ces travaux, nous n'en sommes donc pas encore à la qualité totale,
- les actes de rééducation pratiqués dans le court séjour ne sont pas comptabilisés ni dans le PMSI, ni dans l'activité "points ISA".

Mots clefs :

évaluation - qualité - rééducation/réadaptation court et moyen séjour.



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

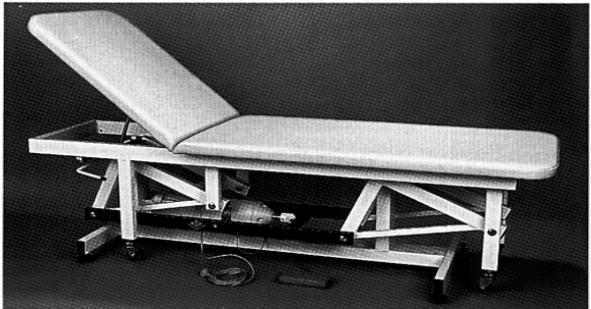
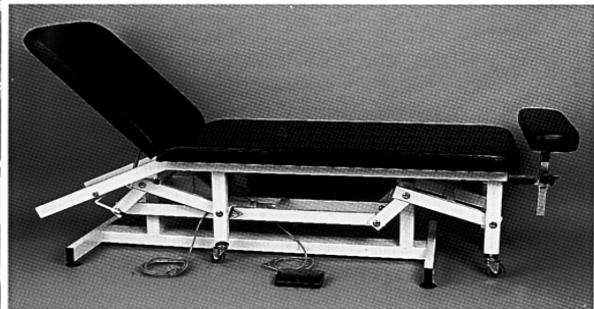
LONGEVITÉ :
Articulations montées sur paliers anti-usure.

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'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX

L'évaluation : un cercle vertueux

Les directives ministérielles sont précises concernant l'obligation de qualité et d'accréditation des services de rééducation, avec la mise en place du PMSI-SSR. Cette occasion doit être saisie pour insister sur le respect absolu du langage : Soins de suite **ou** de réadaptation, le "ou" signifiant que les deux services sont distincts : la rééducation reste une intervention intense et technique, distincte du long séjour.

La démarche de qualité et accréditation peut être décrite comme un "cercle vertueux", une série de mesures interactives qui renforcent l'objectif de qualité totale, depuis l'information et la prise en charge jusqu'au suivi dans une filière de soins, en passant par des techniques d'examen et de traitement dont l'efficacité a été vérifiée.

Les confrères salariés, qui n'ont pas jugé utile d'aider l'AFREK dès sa création, vont être amenés à se pencher sur les arcanes de la qualité. Or, quelques précisions sont utiles.

1. la certification n'est pas une accréditation, et les procédures ISO, qui mènent à la stagnation, ne sont pas en adéquation avec nos besoins. Nous nous en sommes expliqués précédemment [1],

2. le PMSI obligatoire constitue une contrainte substantielle, il ne paraît pas judicieux de se préoccuper d'autres procédures d'enregistrement de la charge de travail,

3. la MIF a été considérée par les auteurs du PMSI, puis abandonnée. Voici de nouveau une procédure qui risque d'embrayer sur la "folie des méthodes", au lieu de fournir des indications précises.

Spécificité des établissements de rééducation

Le contrôle de qualité des établissements de rééducation ne peut pas utiliser les critères des hôpitaux généraux, car les services de rééducation, réadaptation et réinsertion sociale se caractérisent par un recrutement polymorphe de patients qui présentent des pathologies très diverses et une durée de séjour extrêmement différente ; 5 jours en moyenne pour l'hôpital général, 35 jours pour la rééducation-réadaptation. Enfin, de nombreux professionnels de la rééducation interviennent sur le même patient, ce qui n'est pas le cas des services spécialisés.

Contenu de l'évaluation d'un établissement de rééducation

La démarche de qualité dans un établissement de rééducation se décline sur trois axes :

1. Les structures : il s'agit d'évaluer l'ensemble des moyens humains (équipes médicale, para-médicale et administrative) et les moyens matériels (locaux, équipements) mis en oeuvre.

2. Les procédures : à la fois les outils de bilan normalisé [2] et les procédures thérapeutiques, en évitant autant que faire se peut ce qui est inutile.

3. Les pratiques : ce troisième volet doit permettre de mettre en évidence les dysfonctionnements manifestes au sein des établissements pour y remédier dans un second temps. L'évaluation de résultats fait partie de ce volet d'intervention.

Le Cadre de Santé se verra chargé de rédiger un projet dynamisant en s'appuyant sur les points suivants :

- recensement des catégories majeures cliniques ;
- état de l'éducation permanente du personnel (en fonction de l'évolution rapide des techniques) ;
- liste des ressources en équipement (avec un volet important concernant la matériovigilance accrue requise par l'application des normes européennes) [3] ;
- procédures appliquées (bilans, modalités de traitement) ;
- documents utilisés (protocoles, listes de critères) [4] ;
- informations fournies au patient ;
- qualité du réseau de suivi mis en place par contacts réguliers avec les professionnels libéraux de la région d'implantation.

En bref, il s'agit de viser l'optimisation du potentiel humain dans un contexte de réduction de personnel, une matériovigilance actualisée et l'implantation d'une véritable culture de la qualité dans l'établissement entier, qu'il s'agisse de prestations thérapeutiques ou extra-thérapeutiques.

Références

1. Viel E. Deuxième symposium européen sur l'amélioration de la qualité dans les systèmes de santé. Ann Kinesither 1997;24/4;162-65.
2. Viel E. Le diagnostic kinésithérapique : conception, réalisation et transcription en pratique libérale et hospitalière. Masson, Paris, 1998.
3. Juraschek J. Précautions et pièges lors de l'évaluation d'efficacité du matériel médical. Ann Kinesither 1994;21/2;101-2.
4. Recommandations et références médicales en masso-kinésithérapie selon l'ANDEM. Ann Kinesither 1997;24/5;210-55.



Éric VIEL,
Responsable de la Chronique.

■ PROPOSITION

Bernard JUMENTIER,

Cadre de Santé en Masso-Kinésithérapie,
Centre Hospitalier de Carvin (62).

OFFRE D'UN PROGICIEL D'UTILISATION DU FICHER P.M.S.I.

Suite à l'offre du dernier numéro de *La Lettre* (plus de 500 demandes satisfaites), nous avons intégré le catalogue des actes P.M.S.I. - S.S.R. sous Excel® qui est un outil de choix pour l'élaboration des imprimés nécessaires à la gestion et à la collecte des informations personnalisées pour chaque service.

La maîtrise de cette gestion sous Excel® peut rendre de grands services aux cadres M.K. car le travail en extraction de bases de données est beaucoup plus puissant que le simple tri des fiches, la sélection et le classement des actes P.M.S.I. s'avèrent alors plus fiables et rapides.

Les données du catalogue sous Word® ont donc été importées dans les feuilles de calcul d'un classeur, et vous y trouverez sous forme de fiches les actes, les codes, les activités et les catégories, classés différemment dans chaque feuille Excel® ; ce qui évitera un long et fastidieux travail de saisie.

Le prérequis pour un emploi de base est la maîtrise du *copier / coller / collage spécial, glisser / déplacer*, et le formatage de feuilles et de cellules qui est acquis par la grande majorité des utilisateurs habituels.

Ce fichier "PMSI.XLS" n'est pour l'instant disponible que sur P.C., sous Windows 95, Excel® 5 minimum. Vous trouverez sous Word® un petit didacticiel joint "DIDACTIC.DOC", simple et pratique, destiné à guider vos premiers pas dans l'utilisation des bases de données au sein de l'application proposée.

Vous pouvez vous procurer gracieusement le fichier et le didacticiel mode d'emploi :

- soit par l'envoi d'une disquette PC à

Bernard JUMENTIER
CENTRE HOSPITALIER DE CARVIN
76, Rue Salvador Allende
62220 CARVIN

accompagnée d'une enveloppe timbrée et auto-adressée ;

- soit par téléchargement sur site Internet : kine.kinemia.fr, puis rubrique 'Consulter', sous-rubrique 'Législation'.

■ À NOTER

1968 - 1998
L'Institut de Formation
"BOIS-LARRIS" fêtera le
samedi **12 septembre 1998**
son :

30^{ème} ANNIVERSAIRE

Les 30 promotions de
cadres formés sont invitées
à se rassembler pour des
activités de rencontre :

- Brunch géant,
- Reconstitution des pro-
mos d'après photographies
d'origine (...),
- Distractions diverses,
- Anniversaire officiel,
- Méchoui, grillades.

Durant cette journée,
l'Assemblée Constitutive de
l'association "*Bois-Larris*
2000" est prévue.

Renseignements et Inscription :
IFBL - BP 12 - 60260 LAMORLAYE

Monsieur **Bruno LELEU**
sera le nouveau directeur de
l'*IFMK du Nord de la France*,
sis au Pôle Formation de la
Faculté de Médecine *Henri*
Warembourg de Lille.

À l'occasion du 40^{ème}
anniversaire de l'Institut
de Masso-Kinésithérapie
et d'Ergothérapie de Lyon,
l'Institut Technique de
Réadaptation de l'Université
Claude Bernard Lyon I,
organise le samedi **26**
septembre 1998, une
Journée Scientifique :

ACTUALITÉS EN RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Diverses communi-
cations (Rééducation de
l'épaule post-chirurgicale -
Thérapies manuelles -
Rééducation sensorielle) et
trois ateliers pratiques ou de
démonstration sont prévus.

Une soirée de gala sera
proposée par les étudiants
de l'Institut de Formation
de Masso-Kinésithérapie et
Ergothérapie à l'issue de la
journée.

Renseignements et Inscription :

Université Claude Bernard Lyon I
Antenne Santé Formation Continue
8, Avenue Rockefeller
69373 LYON CEDEX 08

Tél : 04.78.77.71.20
Fax : 04.78.77.72.61

■ ANNONCE

Les *Annales de Kinésithérapie* s'efforcent de constituer une base de données regroupant les tests et bilans utilisés en kinésithérapie. Les enseignants et surveillants de service sont incités à envoyer les textes des bilans qu'ils appliquent (avec texte original et source référencée, SVP). Les parutions dans la revue seront clairement identifiées et les correspondants remerciés.

Ceci vaut également pour les tests ou bilans originaux développés par des confrères.

La société *Kinémédia*, le *C.E.F.I.P.S.* (Centre Européen de Formation et d'Information des Professions de Santé) et *La Lettre du C.S.K.* s'associent à cette entreprise commune.

Vous pouvez envoyer vos documents directement à *La Lettre du C.S.K.* ; ils ne seront pas retournés.

CADRES EN EUROPE

Les études de Kinésithérapie en Belgique.

À l'heure actuelle, **deux filières** permettent l'accès à la profession de kinésithérapeute : **trois années** d'étude dans une école supérieure donnant droit au titre de *Gradué en kinésithérapie* ou **quatre années** d'études dispensées par une université donnant accès au titre de *Licencié en kinésithérapie*.

Il y a un an, des modifications légales ont fait accéder la kinésithérapie au rang des professions participant à **l'art de guérir** (comme la dentisterie ou la pharmacie, par exemple). Cette loi stipule également que *toute les études de kinésithérapie sont d'une durée de quatre années*.

Par ailleurs, un projet de restriction du nombre de personnes pouvant accéder annuellement à la profession de kinésithérapeute est à l'étude, et aura probablement pour conséquence de diminuer de façon importante le nombre d'établissements susceptibles d'organiser un programme d'études complètes. Nul ne sait encore si les deux filières citées ci-dessus existeront encore dans l'avenir ou si l'une d'entre elles disparaîtra.

Pour des raisons politiques et pratiques, et du fait du projet de «*numerus clausus*», l'application de la loi a été postposée et les deux filières traditionnelles restent donc provisoirement d'application.

1. LE GRADUAT EN KINÉSITHÉRAPIE.

Le prérequis à l'entrée dans une école de graduat en kinésithérapie est l'obtention d'un diplôme de fin d'humanités supérieures (niveau Bac). Pour la partie francophone du pays, sept écoles diplôment environ 1000 kinésithérapeutes par an.

Durant sa première année de formation, l'étudiant recevra un enseignement essentiellement théorique. La deuxième année est faite de cours théoriques à temps plein durant un trimestre et ensuite de cours théoriques et de stages cliniques dans une proportion de 2/3-1/3.

En troisième année, les étudiants sont en stage quatre jours par semaine en moyenne, en milieu hospitalier, en centres de rééducation ou en polycliniques. Les étudiants suivent encore quelques cours théoriques, doivent réaliser un rapport de leurs divers stages pratiques et effectuer un travail de fin d'études sous forme d'un écrit d'une centaine de pages devant faire état d'expériences pratiques.

Les écoles de graduat mettent généralement sur pied un programme de formation continue sous forme de cycles de conférences ou de formations pratiques à

diverses techniques de rééducation. Ces formations ouvertes à tous : diplômés et étudiants, se déroulent le plus souvent durant les week-ends. Ces formations ne font pas partie du programme officiel proposé par les écoles.

2. LA LICENCE EN KINÉSITHÉRAPIE.

Les prérequis à l'inscription au programme de licence en kinésithérapie sont l'obtention du diplôme d'humanités supérieures et d'un certificat d'aptitude physique délivré lors d'un examen médical organisé par la Faculté.

Pour la partie francophone du pays, trois universités proposent un programme complet d'études de kinésithérapie et diplôment environ 150 kinésithérapeutes par an.

Les quatre années d'études sont composées de deux années de candidature (premier cycle) et de deux années de licence (deuxième cycle).

Le premier cycle est fait d'une majorité de cours théoriques (anatomie, physique, chimie, biologie, statistiques, physiologie, théorie de la réadaptation et de la kinésithérapie, ...), de quelques cours de motricité (natation, sports collectifs, éducation physique de base) et de cours pratiques de kinésithérapie orientés vers l'homme sain.

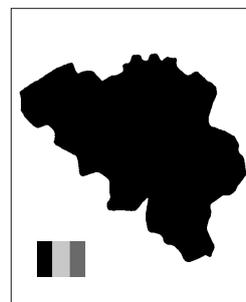
En première licence, l'attention est portée vers le sujet malade par l'étude de la physiopathologie, de la pathologie et des principes thérapeutiques liés aux différents systèmes. L'étudiant de première licence participe encore à des démonstrations cliniques en milieu hospitalier et applique les principes de rééducation sur sujets sains.

L'apprentissage à la démarche scientifique est initié par la réalisation de travaux en laboratoire, la présentation de séminaires et les recherches bibliographiques préliminaires à la réalisation du mémoire de fin d'études.

La deuxième licence est avant tout consacrée aux stages cliniques à raison de neuf mois à temps plein dans les hôpitaux universitaires et associés.

Un examen de synthèse et la défense d'un mémoire expérimental ou bibliographique clôturent le programme.

Parallèlement à cette dernière année, l'étudiant peut suivre les cours et présenter les examens lui donnant le titre d'agrégé de l'enseignement secondaire supérieur.



Philippe RIGAUX,
Responsable de la Chronique.

3. PROGRAMME DE TROISIEME CYCLE UNIVERSITAIRE.

Les universités organisent des cours donnant accès à des Diplômes d'Études Spécialisées (DES) dans diverses spécialités de la kinésithérapie : kinésithérapie du sport, locomotrice, respiratoire, appliquée à la psychiatrie, ...

Ces programmes, généralement d'une durée d'un an, sont accessibles aux licenciés en kinésithérapie.

Les licenciés en kinésithérapie ont encore la possibilité de proposer à la Faculté, un sujet et programme de recherche en vue d'obtenir le titre de docteur en kinésithérapie.

Ce programme peut s'étaler sur une durée maximale de cinq ans, est réalisé sous la direction d'un promoteur et d'un comité d'encadrement. Lorsque le travail est terminé et moyennant avis favorable du jury de thèse, le texte peut être publié. La thèse est alors défendue devant un jury et en séance publique.

4. DÉBOUCHÉS PROFESSIONNELS.

Depuis de nombreuses années, il y a pléthore de kinésithérapeutes en Belgique. Pour une population totale de 10 millions d'habitants, 27 000 kinésithérapeutes sont reconnus par le système de sécurité sociale. En réalité, ce sont 16 000 kinésithérapeutes qui exercent effectivement le métier, soit environ 1 praticien pour 600 habitants. Parmi les 11 000 personnes qui ne pratiquent pas la kinésithérapie, un pourcentage important (en majorité des femmes) n'ont jamais pratiqué ou ne pratiquent plus. Les autres exercent d'autres activités, souvent liées au secteur de la santé : délégation médicale, enseignement, industries biomédicales, ...

En pratique libérale, en dehors du secteur hospitalier, il n'existe aucune différence entre kinésithérapeutes gradués et licenciés quant aux taux de remboursement des prestations par les organismes assureurs, quant aux possibilités d'installation et d'ouverture de cabinets ou quant aux prestations autorisées.

En milieu hospitalier, aucune loi ou réglementation ne régit le type de diplôme de kinésithérapie exigé pour exercer dans quelque type de service que ce soit. Néanmoins, les hôpitaux universitaires engagent préférentiellement des licenciés. De plus, ce grade est exigé de la part des kinésithérapeutes ayant en charge la formation pratique des futurs licenciés.

Aucun grade officiel de kinésithérapeute cadre administratif n'existe en Belgique. On constate cependant qu'une majorité d'hôpitaux confie les tâches de gestion et d'organisation du travail à des licenciés ou docteurs. Dans l'enseignement universitaire, le titre de docteur en kinésithérapie est nécessaire pour devenir titulaire de cours théoriques alors que les licenciés peuvent être en charge de parties de cours pratiques. Dans les écoles de graduat, une très large majorité des enseignants est titulaire d'un diplôme de licence en kinésithérapie.

Jean Roeseler - Pierre Delguste

LA CRYOTHÉRAPIE GAZEUSE

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



Grande Pavois - BRANCON - photo: Studio Vision

Le "choc thermique" (froid intense à -78° 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+++
 - Oedème
 - 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 (CO₂ médical) pur, sec et fortement bactéricide

Cryonic

MEDICAL

L'efficacité immédiate du froid à -78°C

"Le Martinet du Haut"

39110 SALINS-LES-BAINS - FRANCE

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

OUI, JE SOUHAITE, SANS ENGAGEMENT :

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

NOM : Prénom :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tél : Fax :

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