



# La Lettre

*du Cadre de Santé Kinésithérapeute*

N° 11 - Janvier 1999

## ■ ÉDITORIAL

On dit que les choses changent. On dit qu'il s'agira d'une grande évolution, et imminente. On dit même que ça a commencé, par-là sans doute. Et on attend. Chacun de son côté.

Chacun de son côté comme s'il dépendait des autres de modifier son comportement ou de faire évoluer celui de son équipe. Et de se reposer sur des notices, ordonnances ou injonctions... issues d'ailleurs, pour changer tout.

Changer...

Le changement n'est pas une fantaisie, un ordre, ni même une prévision : c'est l'état d'esprit d'un présent qui s'envisage en durée. Cette capacité de laisser la certitude pour se concevoir autrement. C'est une vigilance continue, presque une conscience, pour le formateur et le cadre engagés dans leur service.

Comme un enthousiasme silencieux et sage. Mais imparfait aussi puisqu'il ne se suffit seul et requiert autant la conviction collective que le partage des technicités. Changer nécessite alors non seulement force de caractère, mais aussi culture d'échange.

Le cadre anime cet essor, si contraire d'une mode de gestion. Car aujourd'hui, de fait, le changement supplante le luxe managérial pour s'imposer besoin : les contextes actuels exigent une autre vision de nos activités, une nouvelle conception à faire exister. Il faut évoluer, tous.

Et le mouvement se situe d'abord dans nos esprits.

L'effort à faire relève de l'imagination, de l'autonomie. De l'abandon aussi. Mais de quoi ?

*Michel GEDDA*  
*Directeur de Publication*

## SOMMAIRE

- Éditorial
- Proposition :  
*Gérard PIERRON*
- Parcours d'un cadre kiné :  
*Jean-Pierre BERTHELIN*
- Découverte :  
*I.N.S.E.R.M.*
- Nos Rubriques courantes
- 2 nouvelles Rubriques :
  - Encadrement Kiné
  - Relecture du numéro précédent de *La Lettre*

## 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  
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.kinemedi.fr](http://kine.kinemedi.fr)

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

## PROFESSIONS SANTÉ

### À propos de l'encadrement des stages... et/ou le duo du stage et de l'école.

En juin, voire en septembre au plus tard, les Instituts de formation voient une promotion quitter les bancs de l'école et une nouvelle arriver. On félicite les nouveaux diplômés... Je ne manquerai pas à la tradition en félicitant mes nouveaux confrères de leur succès aux examens et en leur souhaitant une vie professionnelle la plus enrichissante possible. Une autre coutume pourrait s'installer, celle de remercier les enseignants qui ont amené les étudiants à devenir des professionnels. Mais là, qui doit être remercié pour ces succès? L'enseignant de l'école ou les encadrants de terrain de stage? Ou les deux? La question peut paraître saugrenue pour certains, mais elle reflète l'ambiguïté de la formation sur les lieux de stages et ou au sein des écoles. Quel est le meilleur référent? À qui appartient la connaissance, avec toute l'ambiguïté que contient ce mot? Le stage avec sa mosaïque de professionnels ou bien l'institut de formation? Les tuteurs de stage guidant l'étudiant dans son approche du patient et l'aidant à choisir le meilleur geste mais surtout le plus adapté à un patient et non à un "cas"? Les enseignants en institut de formation apprenant une technique nécessairement la plus rigoureuse possible mais à adapter dans la réalité professionnelle du stage? Ni les uns ni l'autre séparément ne détiennent cette vérité mais c'est bien l'alliance des deux qui conduit l'étudiant à une démarche professionnelle adaptée à chaque patient.

Actuellement la volonté d'un accueil de qualité des étudiants se dessine dans tous les terrains de stage. Ce que nos jeunes confrères ont retenu de leurs différents stages est très riche pour tous ceux qui participent à l'enseignement. Les "ex-stagiaires" expriment leur satisfaction mais aussi les difficultés qu'ils ont rencontrées. Ils portent parfois des jugements sévères sur leurs études et sur les dissensions ressenties entre l'enseignant d'école, le maître à penser, et l'encadrant de terrain de stage plus tourné vers le choix pertinent des techniques et la correction du geste. Ne peut-on pas gommer ces oppositions et avoir comme objectif commun l'accompagnement de nouveaux professionnels qui seront nos confrères? La meilleure connaissance de l'autre permet de le reconnaître. Depuis quelques

années des groupes de réflexions sur les stages, des forums se tiennent dans toute la France regroupant des partenaires: étudiants, instituts de formation et terrains de stage. Y sont associés les partenaires institutionnels que sont les D.R.A.S.S..

Est-on sur l'enclenchement d'un réel processus de changement avec une reconnaissance de la complémentarité de tous les acteurs de l'enseignement, chacun gardant sa singularité et sa richesse? On peut partir du postulat que l'encadrant direct du stagiaire, le tuteur, a réfléchi sur sa mission d'encadrement et a conscience d'apporter une facette supplémentaire à l'enseignement école. Le décret d'actes qui régit notre activité professionnelle laisse à tout masseur kinésithérapeute le choix de ses techniques. Il est évident que ce choix est sous tendu par une démarche prenant en considération chaque cas particulier de patient. Pour aboutir à cette démarche les professionnels d'instituts et de terrain se complètent parfaitement.

Quand on se tourne vers d'autres pays que la France, tant en Europe que sur le continent américain on s'aperçoit que le mode de validation des études prend beaucoup plus en compte le travail sur le terrain de stage. Son évaluation s'effectue conjointement par un enseignant école et un encadrant du terrain de stage et comprend une notation. La validation passe systématiquement par des mises en situation professionnelles sur le lieu du stage dans chaque grande discipline de rééducation. Dans ce mode de fonctionnement l'enjeu est plus important et a comme corollaire un investissement plus marqué pour le maître de stage et pour l'étudiant. Cette situation est aussi synonyme de reconnaissance de formateur pour l'encadrant de terrain. La dualité stage/institut de formation s'exprime harmonieusement et se traduit en final par une formation plus complète de l'apprenant et par des critiques plus positives des jeunes professionnels acteurs de leur formation.

On aboutit à un trio harmonieux de partenariat avec l'institut de formation, le terrain de stage et l'étudiant.

Peut-être serait il pertinent de méditer les paroles de Confucius à « *Écouter et choisir entre les avis, voilà le premier pas de la connaissance ; voir et réfléchir sur ce qu'on a vu, voilà le second pas de la connaissance* ».



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

## PROPOSITION

**Gérard PIERRON,**

Directeur,  
Institut de Formation des Cadres de Santé,  
"Bois-Larris", Lamorlaye (60).

### UNE FORMATION DE MAITRE KINÉSITHÉRAPEUTE

Si la création du diplôme Cadre de Santé permet aux Kinésithérapeutes de s'intégrer dans l'espace de cadre intermédiaire se dessinant inexorablement dans le monde hospitalier et dans celui plus général de la Santé, elle génère l'émergence de zones critiques dans notre dispositif professionnel et dans celui, intimement lié, de la formation clinique. Ces hiatus concernent à la fois les praticiens hospitaliers, les libéraux et les étudiants. En effet il faut remarquer :

- l'absence de dispositif formel de reconnaissance et de promotion pour des praticiens soignants de grande qualité et désirant rester soignants. Un tel système peut devenir à terme démotivant et incitatif de pratique parallèle.
- la fonction de chef de groupe ne possède plus de formation pertinente, d'un coût raisonnable et d'une organisation temporelle compatible avec les impératifs de gestion des services.
- la qualité d'accueil et de formation des étudiants en Kinésithérapie : nos futurs confrères gagneraient en efficacité par la présence d'un véritable tuteur clinicien référent.
- l'impérative réduction des durées d'hospitalisation doit entraîner une reconsidération du dispositif des formations en stage des étudiants en Masso-Kinésithérapie. Il devient évident que l'enseignement clinique en milieu libéral, serait à même de compléter d'une façon concrète, réelle et réaliste le processus d'acquisition des futurs confrères en adéquation avec leurs besoins.
- l'absence de formation de praticiens à la réflexion rationnelle des validations technologiques peut devenir rapidement désastreuse dans un contexte de recherche de qualité. Une profession (surtout technique et humaniste) ne peut, ne doit abandonner le travail qui lui revient naturellement de réflexion de reconsidération, d'innovation de ses propres outils, approches et pratiques thérapeutiques. Cela doit se construire et s'organiser à partir de cer-

tains d'entre nous, motivés et formés en partenariat avec les représentants des sciences connexes de la rééducation. La progression et l'indépendance de la profession dépendent de sa capacité à organiser ses moyens de libres choix, d'ajustement, d'adaptation permanente inhérente aux traitements personnalisés de la rééducation.

Ces considérations montrent l'impériosité de combler ces déficits par la création d'une formation pertinente. Il s'agit ainsi de former des praticiens à des compétences dans les domaines du savoir-comprendre, du savoir-innover, du savoir-concevoir, du savoir faire-savoir en plus d'un savoir-faire pratique toujours à parfaire.

Celle-ci doit répondre à l'objectif pédagogique qui est de former des techniciens référents de haut niveau capables :

- d'analyser, d'évaluer les pratiques existantes ;
- de développer des projets thérapeutiques globaux ;
- de conceptualiser de nouvelles techniques ou de nouvelles approches thérapeutiques ;
- de produire de nouveaux outils technologiques ;
- de promouvoir les sciences de la rééducation auprès des professionnels de la Santé ;
- d'animer les rééducateurs praticiens en démarches diagnostiques ;
- de former cliniquement les étudiants.

Cette formation doit, en outre, intégrer les contraintes économiques actuelles, à savoir :

- 1 durée calculée au plus juste en fonction des objectifs pédagogiques ;
- 1 organisation en alternance permettant :
  - une perturbation minimum des services de rééducation d'où seront issus les stagiaires ;
  - à de jeunes confrères motivés de s'organiser à partir d'un temps partiel ou de fonctionnement intérimaire et donc d'accéder à la formation ;
  - aux confrères libéraux de poursuivre leur activité professionnelle en parallèle à la formation ;
- 1 regroupement des formations sur 2 sites (Sud à Montpellier et Nord à "Bois-Larris") afin de maîtriser les coûts de revient et de gérer le flux des candidats. Ces deux établissements possédant à la fois l'expérience de la formation Cadre et les infrastructures nécessaires à la réalisation de formation technique.

## LE PROGRAMME

Volume 600 heures environ reposant sur 3 AXES forts :

1. les *sciences fondamentales* en amont des techniques et se subdivisant en :

- les sciences liées à l'appareil ostéo-musculo-articulaire (anatomie-biomécanique) ;
- les sciences liées à la commande (neurosciences, sciences cognitives) ;
- les sciences liées aux métabolismes (énergétique, régulation).

2. les processus et procédures des *techniques diagnostiques et thérapeutiques* de rééducation, du versant conceptuel à la réalisation pratique, applicables selon la nature des besoins et le projet d'intervention non seulement curatif mais aussi préventif.

3. les outils de *transmission et d'exploration du savoir* (évaluation, communication, méthodologie).

## LA MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

- ne s'agissant pas de reproduire nostalgiquement une imitation de la formation M.C.M.K. ;
- ne s'agissant pas de produire une révision de la formation initiale ;
- ne s'agissant pas de former des spécialistes à vision aigüe dans un secteur particulier ;
- s'agissant de former les penseurs, les concepteurs, les créateurs de la rééducation de demain, indispensables à la pérennité et à l'évolution de la profession.

La pédagogie doit être génératrice d'esprit critique et inventif. Le découpage du champ de rééducation en trois unités s'inscrit dans cette optique en développant un raisonnement synthétique, systémique.

L'intense implication des stagiaires par un dispositif planifié de réponses commentées, argumentées, vérifiées, justifiées aux multiples interrogations de la profession doit favoriser l'ouverture, la plasticité intellectuelle indispensable à l'innovation. Cette progression par questions-réponses constitue l'ossature de la formation, elle s'applique aux démarches de bilans, d'évaluations de diagnostics ainsi qu'aux démarches thérapeutiques.

Un complément théorique est assuré dans les disciplines insuffisamment abordées en masso-kinésithérapie (sciences cognitives, énergétique, méthodologie, techniques métrologiques).

## LA PLANIFICATION

Amplitude de la formation : 24 mois à raison de 7 semaines d'enseignement par année auxquelles s'ajoutent les travaux personnels (recherche bibliographique, analyse et commentaire d'articles, rédaction de projet et de protocole d'évaluation, rédaction d'un mémoire).

## ■ FORMATION CONTINUE

### Acquisition des « réflexes-qualité » et préparation à l'accueil d'une mission d'accréditation

*Séminaire de formation divisé en deux périodes séparées d'un intervalle permettant de concrétiser pendant l'intersession les acquisitions initiales.*

*Première semaine : 12-16 avril 1999  
Deuxième semaine : 20-24 sept. 1999*

**Objectifs :** mettre en main les outils qui permettent de donner à une unité de soins une impulsion vers la "Qualité Totale". Préparer au dialogue avec le visiteur-accréditeur par l'acquisition d'un vocabulaire commun. Rendre capable d'amorcer la procédure d'accréditation sans perturber le service.

**Public ciblé :** les Cadres de Santé en poste dans les hôpitaux publics ou privés, quel que soit leur ancrage professionnel.

**Formateurs :** issus de l'Institut de Management I.N.S.E.A.D., du Mouvement Français pour la Qualité, de l'A.N.A.E.S., de l'I.F.C.S. de Bois-Larris et du projet MEMPHIS.

• I.N.S.E.A.D. (Institution Européenne d'Administration des Affaires) : institut international d'enseignement de la gestion qui délivre en particulier un M.B.A. (Master of Business Administration) au plus haut niveau.

• M.F.Q. (Mouvement Français pour la Qualité) : organisme qui se préoccupe de l'implantation Qualité Totale dans les grandes entreprises.

• A.N.A.E.S. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) : agence chargée de développer des références de pratique clinique et d'impulser vers l'accréditation tous les établissements hospitaliers français.

• I.F.C.S. de Bois-Larris : possède une expérience de trente années d'enseignement au plus haut niveau professionnel et managérial.

• Projet MEMPHIS : système d'enseignement à distance interactif (par Internet) établi sous l'autorité du programme européen Léonard de Vinci.

**Renseignements et Inscription :**

IFCS Bois-Larris - BP 12 - 60260 LAMORLAYE

## ENCADREMENT

*Il est étonnant, voire caractéristique, que nous n'ayons pas pensé plus tôt à instaurer une rubrique traitant des questions spécifiques d'encadrement et de 'management'.*

*S'il existe des préoccupations générales relatives au rôle de meneur d'hommes et de gestionnaire d'unité, elles doivent aussi se poser pour les cadres des services de kinésithérapie. Avec leurs points communs et les particularités de la profession, des centres d'hospitalisation générale ou de rééducation.*

*Ainsi, nous ouvrons cette chronique afin d'informer, d'échanger, de proposer et soumettre à réflexion, tout sujet intéressant la fonction d'encadrement. Répartition des patients, gardes du week-end, évaluation de la qualité des actes, démotivation des personnels, animation de la vie du service, gestion des stocks... Il s'agira là moins de notions théoriques que d'expériences, de conseils pratiques et vécus quotidiens.*

*Pour cette première fois, nous abordons un thème plus général. De façon à "coller" aux réalités du terrain et multiplier les avis, nous faisons appel aux bénévoles responsables d'équipe, expérimentés ou débutants, à construire cette rubrique.*

Merci.

### Cadre et confiant en soi

Le métier de cadre n'est pas de tout repos. Chaque jour les problèmes à traiter sont multiples et de tous ordres : matériel, technologique, organisationnel, pédagogique... sans oublier l'imprévisible facteur humain. Les contraintes fusent autant : moyens pauvres, priorités contradictoires, divisions hiérarchiques, manque de reconnaissance, nouvelles normes, exigences administratives...

Bien que (et parce-que) situé au croisement de diverses logiques, le cadre peut se sentir seul face aux choix ou stratégies à prendre, et nécessairement assimilés à des défis. Détermination, dynamisme et maîtrise, le positionnement personnel, décisif et toujours observé, importe tout autant que la justesse de la décision prise.

Entre crainte d'échouer, démobilitation, témérité ou polémique, être cadre nécessite un comportement organisé et serein qui, loin d'être spontané, s'acquiert d'abord par la volonté et s'entretient de quelque vigilance. Lionel BELLENGER, Directeur Général du groupe CENTOR - I.D.E.P. Formation, Maître de conférence à H.E.C. et professeur associé à Paris III - Sorbonne Nouvelle, pense que l'état d'esprit fait la différence car permet de construire notre "capital confiance".

Il s'agit d'influer sur les événements d'abord par soi-même. Être acteur de son propre vécu pour l'améliorer et mouvoir positivement celui des autres. Cela est possible et marche assez bien si on considère que le management est avant tout une histoire humaine.

Alors la place du cadre, vraiment instable ?

### Une nouvelle rubrique : questions de cadres et problèmes spécifiques aux cadres kinés

Lionel BELLENGER décline les sept conditions pour un mental fort\* :

- **Savoir relativiser** : faire preuve de lucidité pour se dégager du cycle euphorie-déprime.
- **Se donner de vrais objectifs** : hiérarchiser les intentions pour en faire des objectifs évaluables.
- **S'ouvrir aux autres** : vouloir le contact comme intelligence active, facteur de sociabilité.
- **Être combatif** : considérer qu'une situation n'est pas définitivement perdue, s'impliquer pour renverser une tendance.
- **Faire ce qu'on dit** : respecter ses engagements pour créer l'exemple et la confiance.
- **Se faire son idée à soi** : oser affirmer son opinion malgré les influences.
- **Se préparer** : Prendre le temps pour s'organiser et être crédible.

Qu'en est-il dans nos services de kinésithérapie ?

Pouvoir "compter sur soi" est un atout suffisamment important pour ne pas s'en priver ; mais cela exige quelque habitude, comme une hygiène à acquérir au fil de l'expérience, parfois des épreuves. Et pourquoi pas ?

\*L'indispensable confiance en soi.

Réussir, ça commence par une affaire d'état d'esprit.  
MAITRISER, le mensuel de l'encadrement, mars 1998, 17-24.



**NOUS CHERCHONS**  
Responsable(s) de cette Chronique.

## DOCUMENTATION

### Une formation à la recherche documentaire et à la rédaction scientifique *bientôt* dans les IFMK ?

**S**i, comme le dit Kuhn "la conscience d'une anomalie..." est "la condition préalable de tous les changements...", l'objectif de cette chronique du numéro 11 de La Lettre est assurément de signaler aux responsables de formation en Institut de Masso-Kinésithérapie l'anomalie que représente l'ignorance des étudiants (le plus souvent de 3<sup>ème</sup> année) concernant la recherche documentaire et la rédaction scientifique.

Il est dommage que les étudiants ne se déplacent en bibliothèque seulement à l'occasion du travail pour le mémoire, "à la recherche des références bibliographiques obligatoires, de moins de 5 ans qui doivent être placées avant les annexes" en résumant ainsi quelques paroles exprimées par des étudiants à leur arrivée au centre de documentation.

À l'occasion des échanges avec ces étudiants, il apparaît qu'aucune information ne leur est donnée sur la production des textes scientifiques (leur structure, leur identification, leur validation) et sur la recherche bibliographique. Les étudiants que je rencontre viennent des écoles parisiennes mais est-ce différent en Province? Les étudiants cadres, d'où qu'ils viennent en France, sont tout autant ignorants sur ces sujets. Quoi qu'il en soit, l'écoute attentive de ces étudiants lorsqu'on évoque le sujet de l'information et de la documentation en kinésithérapie mérite d'être encouragée.

Au-delà de cette anomalie, je me demande quelle compréhension ont les étudiants des textes lus. Et je suis persuadée que leur ignorance dans le domaine de la documentation ne concerne pas seulement les documentalistes qui les reçoivent en bibliothèque, mais également les responsables pédagogiques de leur formation.

La formation à la recherche reçue par les cadres pendant leurs études de M.C.M.K. ou C.D.S. a sensibilisé les lecteurs de La Lettre aux arcanes de la rédaction scientifique et de la lecture professionnelle en général. Il me semble que c'est un des

apprentissages essentiels effectués en école de cadre, en permettant de connaître et maîtriser les outils d'auto-formation continue nécessaire à la pratique professionnelle future.

Un responsable de formation me rétorque que les étudiants que je vois en bibliothèque représentent à peine 10% de l'effectif total, soit les meilleurs éléments des promotions (quels lecteurs sont et seront les 90% restants ?) et que la formation en information scientifique n'intéresse pas les autres, et n'est pas dans le programme.

Est-ce qu'un tel argument résiste face à l'enjeu de former des professionnels avertis, critiques, exigeants et préparés à utiliser la documentation comme outil de formation continue dans leur pratique quotidienne future ?

Les infirmières ont depuis 1992 introduit une initiation à la recherche infirmière dans leur programme de formation et les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ont depuis cette même année comme 4<sup>ème</sup> mission (sur un total de 4) la documentation et la recherche en soins infirmiers. Ce ne serait pas la première fois qu'elles anticiperaient sur les autres professions paramédicales !

La nécessité d'aborder le sujet de l'information scientifique en cours de formation s'accroît également avec l'Internet. Les étudiants sont de plus en plus nombreux à se connecter et à effectuer des recherches sur le web ; et contrairement aux recherches dans un centre de documentation ils sont seuls face à leur machine. Savoir repérer, hiérarchiser et valider l'information disponible est indispensable afin de bénéficier favorablement des données présentées en accès libre sur le web.

À la prise de conscience de l'anomalie succède, toujours selon Kuhn, la résistance au changement mais je suis certaine que les responsables des formations sauront passer outre.

(1) **Kuhn TS.**

La structure des révolutions scientifiques.  
Paris-Flammarion, 1983 (3<sup>ème</sup> éd.).



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

## RENTRÉE SCOLAIRE DANS LES 9 INSTITUTS DE FORMATION CADRE MK

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

Bois-Larris : 11 - Bordeaux (Pessac) : Rentrée différée en 1999 - Grenoble : 4 - Lyon : 2  
Montpellier : 10 - Nantes : 2 - Paris (AP/HP) : 5 - Paris (C.R.F.) : 12 - Strasbourg : 1

## ■ MÉMOIRES CADRES

### Initiation à la recherche en Institut de Formation Initiale de Masso-Kinésithérapie.

En février 1995, un recensement effectué par le Ministère de la Santé dans les établissements de santé publics et privés (P.S.P.H.) sur la recherche clinique réalisée en France par les professions de santé non médicales a mis en évidence :

- que la loi hospitalière incite au développement de la recherche dans le domaine des soins et de l'évaluation de ces soins (Art. 714-26),
- que le taux de réponse au questionnaire réalisé est de 16% (604 réponses sur 3600 envois),
- que sur ces 16%, 20% ont affirmé ne pas réaliser de recherche clinique,
- que 43% des recherches déclarées concerne la recherche clinique infirmière,
- et que 11 % concerne la recherche clinique en masso-kinésithérapie.

Les thèmes abordés en rééducation sont le drainage lymphatique, l'électrothérapie et le renforcement musculaire.

Deux mémoires réalisés par des élèves Cadres de Santé ont abordé le thème "Initiation à la recherche en Institut de Formation Initiale de Masso-Kinésithérapie".

• **En 1996, Claude Pichonnaz (Bois-Larris, Lamorlaye)** réalise un "Projet d'introduction à la recherche dans la formation de base de kinésithérapie". L'auteur a étudié comment incorporer une initiation à la recherche dans la formation de base de l'École Cantonale Vaudoise de Physiothérapie.

Ce projet a été élaboré à partir du résultat de deux questionnaires, l'un soumis aux étudiants, l'autre aux enseignants.

L'intérêt des étudiants est net : 80% de réponses positives. L'envie de participer à un projet de recherche une fois diplômé, l'envie d'apprendre, l'accès à la connaissance de pointe en rééducation, et la validation des techniques utilisées sont les aspects les plus motivants.

Les enseignants pensent de façon quasi unanime que la recherche clinique en masso-kinésithérapie va être amenée à évoluer compte-tenu de l'orientation actuelle de la politique de santé (pression économique, notions de qualité des soins et de validation des techniques...).

Les objectifs de formation les plus souvent cités sont :

- l'acquisition d'une rigueur de raisonnement et le développement du processus de raisonnement,
- l'acquisition d'une méthodologie,
- et le développement de l'esprit critique.

La direction de l'école également favorable au principe d'introduction d'une initiation à la recherche propose en tenant compte de ses impératifs 40 heures de formation. Un programme théorique a été élaboré, incluant :

- un travail de recherche bibliographique (4 heures),
- l'apprentissage des notions de fiabilité et de validité d'une expérience (2 heures),
- des cours de statistiques (4 heures),
- l'apprentissage de la rédaction d'articles scientifiques (2 heures),
- une initiation aux facteurs de biais,
- des cours d'informatique,
- la construction d'un projet de recherche,
- la présentation d'un travail de recherche,
- la lecture guidée d'articles scientifiques,
- des travaux dirigés,
- des travaux de recherche personnels et en groupe,
- des informations sur le fonctionnement d'un laboratoire de recherche.

En résumé, ce travail a pour avantage d'avoir mis en exergue une homogénéité entre les attentes de la direction, des enseignants et des étudiants quant à l'introduction d'un programme d'initiation à la recherche en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie.

L'absence de mise en place de cette "initiation à la recherche" nous laisse dans l'incertitude quant à la possibilité matérielle de réalisation pratique de ce projet.

• **En 1997, Catherine Bouillard (Croix-Rouge, Paris)** dans "Régulation et initiation à la recherche en institut de formation initiale de Masso-Kinésithérapie", étudie les différentes stratégies abordées par les écoles pour développer l'initiation à la recherche. Catherine Bouillard montre, après une analyse de la régulation des travaux écrits réalisés à l'Institut de Formation d'Assas, que cette régulation offre une formation active à la recherche, de type constructiviste.

Le concept de régulation est abordé après un rappel des textes réglementaires concernant les études préparatoires au Diplôme d'État et le décret d'actes professionnels, la méthodologie utilisée par le courant positiviste et constructiviste et la mission de l'AFREK.

L'hypothèse posée est "la régulation faite lors de la préparation du travail écrit de troisième année est une initiation à la recherche".

La régulation s'est inspirée du modèle cybernétique des années 40 et du concept de rétroaction. Wiener le définit comme "le processus circulaire de l'information ou des informations sur l'action en cours qui nourrissent en retour le système et lui permet d'atteindre son but".

Dans cet optique, la régulation du travail écrit autorise une combinaison des 3 approches suivantes :

- la fonction d'étayage décrite par Bruner (1996). Elle se traduit par un mode d'intervention qui essaie de se régler sur le fonctionnement intellectuel des élèves afin de mieux réussir le dépassement,

- la mise en place de ponts cognitifs (Ausubel 1996) permettant l'ancrage du savoir nouveau dans l'acquis de l'élève,

- l'apprentissage mutuel à partir de conflits socio-cognitifs. Il conduit à la construction de dispositifs qui mettent en compétition différents schèmes de pensée co-présents à l'intérieur d'une classe.

Catherine Bouillard a enregistré trois régulations de travaux écrits avec un régulateur différent à chaque réunion. Le nombre d'élèves total participant à ces régulations est de 15. Chaque entretien fait l'objet d'une analyse thématique et d'une analyse de l'énonciation afin d'obtenir l'ossature de l'entretien.

L'analyse met en évidence la notion d'implication et de questionnement, la recherche bibliographique, la critique et l'épreuve qu'elle engendre, thèmes abordés dans une initiation à la recherche constructiviste.

**En résumé**, Catherine Bouillard valide l'hypothèse que la régulation du travail écrit des élèves de 3<sup>ème</sup> année est une initiation à la recherche de type constructiviste. L'auteur met également en évidence dans ses perspectives l'intérêt de compléter cette initiation à la recherche par un projet de recherche commun à une équipe pluridisciplinaire en milieu hospitalo-universitaire.

• **En conclusion**, ces deux études différentes montrent la volonté des instituts de formation, des enseignants et des étudiants d'introduire de façon officielle une initiation à la recherche dans les études préparatoires au diplôme de Masseur-Kinésithérapeute et ce quel que soit le courant de pensée (positiviste ou constructiviste). Il semble important de noter que dans certains instituts de formation paramédicale, comme les écoles d'infirmières, d'ergothérapeutes et de pédicures, des modules de méthodologie ou d'initiation à la recherche existent déjà.

En rééducation, faut-il accepter comme un fait acquis que les publications "scientifiques" ne soient réalisées que par des kinésithérapeutes, le plus fréquemment cadres et titulaires d'un doctorat en Biomécanique ou en Sciences de l'Éducation, ou enfin allons-nous prendre en compte les besoins présents et à venir de la profession et les introduire en institut de formation pour non plus anticiper mais tout simplement répondre aux exigences de notre profession en permanente évolution ?



**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**

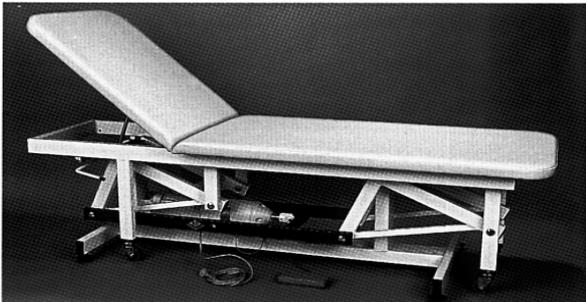
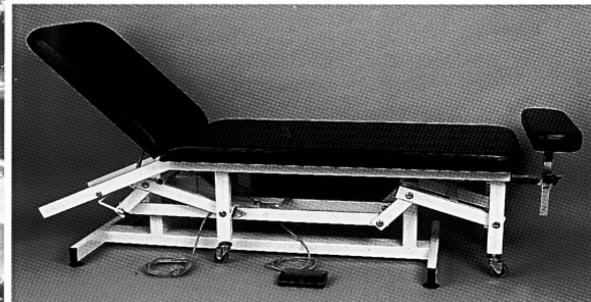
**LONGÉVITÉ :**  
Articulations montées sur paliers anti-usure.

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

**30 MODÈLES**

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

**STABILITÉ :**  
Section et conception des parallélogrammes.

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

**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**

## RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

*Parce-que nous espérons bien faire mais sans prétendre à l'idéal, parce-que dès qu'on poursuit une initiative, une histoire se crée avec son identité, ses particularités ; et puisque nous souhaitons améliorer notre action, nous ouvrons cette nouvelle chronique. Il s'agit d'inviter les cadres M.K., individualités ou groupes déclarés, ne participant pas à l'élaboration de La Lettre à décrire, analyser dans le fond et la forme, même critiquer dans la mesure de proposition, la dernière parution de La Lettre. L'objectif est de se doter d'un retour, feed-back direct, permettant à la fois l'échange et l'évolution.*

*Aussi parce-que le jugement est plus aisé, cette rubrique s'inscrira sur fond gris, repère habituel de l'expression ouverte et libre, mais n'engageant que son auteur.*

M.G.

### Juin 1998 : Numéro 10

- par François DUFÉY -

#### Sentiment

Elle arrive ! (La Lettre), moment de plaisir indicible. Satisfaction retenue, ni extériorisée, ni extériorisable. De la pudeur. Oui, satisfaction discrète car je sais y rencontrer des confrères, des amis, des collaborateurs, dans un esprit confraternel. C'est cela, de cette Lettre émane une réelle confraternité.

Un réseau sûr, fiable, vaillant, maillé de visages familiers que sont autant de responsables de chroniques, visages souriants, tranquilles, efficaces. Une puissance sereine.

Je ne pourrais les citer tous, il y a ceux d'hier, d'aujourd'hui et de demain :

- Ceux d'hier, tel Éric, l'ex-anachorète des profondes forêts picardes, croqué par un facétieux graphiste à la Jean Cocteau en une sorte de fou chantant rebondissant comme un bon diable sur les problèmes aigus de l'actualité.

- Ceux et celles d'aujourd'hui, telle Françoise, assurant avec impertinence une éclatante maturité, présidente par ci, présidente par là, vigilante et réactive, présente sur tous les fronts, partout où nous avons le besoin urgent d'une intelligente représentation.

- Ceux et celles de demain, telles Pascale et Béatrice, vives et enthousiastes, en chemin vers les plus lourds dossiers. Nos présidentes de demain ?

Du tonus, de la vigueur, de l'imagination, de l'avenir sans jamais de prétention, un clin d'oeil, de la complicité, voilà ce qui me parvient avec chaque numéro offert de ce journal hors normes. Il arrive toujours par surprise au moment où on l'a oublié, comme l'ami qui cache sa visite pour mieux nous surprendre. C'est aussi le secret de sa séduction. Impossible de se plaindre, aucune trace d'abonnement.

La Lettre du Cadre ? Un journal plus que sympa, un ami fidèle ! Voilà pour l'affectif.

#### Analyse du contenu

##### • *Éditorial (page 1).*

L'art de tous les possibles.

Une suggestion appuyée : participez à La Lettre !

##### • *Professions Santé (page 2) : Évaluation, accréditation et les masseurs-kinésithérapeutes.*

Un déluge de questions.

Une seule réponse : au travail !

##### • *Nouveaux Instituts de Formation des Cadres de santé M.K. (page 3).*

Points communs :

- Un agrément pour les masseurs-kinésithérapeutes, ce qui justifie les interviews. Une suggestion : et si on interviewait les autres instituts, ceux qui ne demandent ou ne désirent pas de masseurs-kinésithérapeutes. Les projets de formation sont-ils différents ?

- Direction : 3 femmes, sans doute le hasard. Tiens, nous n'avions que des hommes dans les anciennes écoles des cadres M.K.. Une idée me vient, et si on interviewait un directeur d'I.F.C.S. formant des cadres infirmières ? Mais si, cela existe...

- Partenariats universitaires.

- Valeurs communes : altérité, complémentarité, décloisonnement.

##### • *Formation (page 6) : Les aides financières à la formation continue des praticiens libéraux.*

Comme à son habitude, Jean-Marc Ovieve donne des informations claires, précises, fiables.

##### • *Documentation (page 7).*

Encore de l'utile et de l'incontournable : Sylvie Voineau nous sert du concret concernant les bases de données accessibles sur Internet et Minitel.

##### • *Découverte (page 8).*

Vous avez découvert qu'aux JNKS, l'ANKS et le SNKS ont créé le CNKS, lequel met en place des

CNER, un CNO et re des JNKS avec l'IFCS. Chaque CN... etc aura son président.

Conclusion : tout le monde il est président.

Conclusion générale : Adhérez à l'ANKS ou au SNKS, tout le monde il est au CNKS.

• **Formation (page 9).**

- Ambiguïté : il y a 2 rubriques 'Formation' (déjà vu en page 6).

- 2<sup>ème</sup> ambiguïté : sous la bibliographie, les photos des responsables de la chronique laissent penser qu'elles sont les auteurs de l'article.

- 3<sup>ème</sup> ambiguïté : de la lumière à l'ombre ! régression ou alternance ? Je cherche en vain le symbole de ce jeu de lumière.

Enfin le thème de cet écrit est l'ambiguïté de toute évaluation : le dit et l'indicible, le subjectif et l'objectif, l'explicite et l'implicite.

Eurêka : l'ombre et la lumière !

• **Parcours d'un cadre kiné (page 11).**

Gros plan sur le sourire rayonnant d'Annie Bourdil.

Au service de toutes et de tous, notre kiné-cadre turbo, dont le sens est l'essence, gratifie les médico-techniques et rééducateurs d'une "pensée particulière".

Une ambition : bousculer les frontières tout en restant une femme "bien ordinaire".

• **Mémoires cadres (page 14) :**

**Information et Accréditation.**

Chronique du plus grand intérêt pour les cadres en activité, nous permettant de mesurer l'évolution des orientations, des préoccupations de nos futures élites.

Remarques :

- 1<sup>o</sup> Qualité : un seul souci, la qualité et son évaluation, même si le nécessaire rapport qualité/prix n'émerge pas de ces réflexions.

- 2<sup>o</sup> Management : dans l'esprit des 2 auteurs, le management sera participatif ou la qualité ne sera pas. Voilà qui différencie le cadre en gestation du cadre en extinction. J'espère qu'ils n'oublient pas que la vie est un balancier, que toute qualité, comme tout idéal, n'est que la moyenne virtuelle, fugace et insaisissable, d'un mouvement situé entre deux extrêmes.

- 3<sup>o</sup> Sémantique : le terme *processus* n'a apparemment pas la même signification dans chacune des 2 célèbres I.F.C.S. de la Croix Rouge Française. Volonté de conserver une estampille ? Difficulté traditionnelle de communication ? Ni l'une ni l'autre, simple preuve de la complexité de toute chose.

- "rien n'est simple" (Sempé)

• **L'A.F.R.E.K. (page 16) :**

**L'évaluation : Un cercle vertueux.**

L'art de la concision : 2 mots résumant 2 colonnes valant mieux que 2 volumes d'experts. Qu'il est bon notre vétéran lorsqu'il oublie qu'il est le meilleur !

• **Page 17.**

Une page réseau, confraternelle, fleurant bon l'altérité.

Ne pas rater l'offre de Bernard JUMENTIER d'un progiciel d'utilisation du P.M.S.I..

• **Cadres en Europe (page 18) : la Belgique.**

Jean Roeseler et Pierre Delguste ferment les rubriques par un article synthétique sur les études de kinésithérapie en Belgique. Pays si proche et si différent, objectifs communs atteints par des voies différentes.

Pourquoi nous attacher tant à des procédures ! Conservons la seule finalité qui vaille : la qualité.

**Conclusion générale**

Ce journal (pas seulement le N°10 de juin 1998) possède une qualité indéfinissable. "Je ne sais pas...., il se passe quelque chose dans ce journal....." (B. Chapin). Oui, il a une âme, il possède un souffle.

À mon avis, ce quelque chose, c'est un lien confraternel, palpable, presque charnel. Dans sa simplicité, sa richesse, il apporte outre ce qu'il prétend apporter, un sentiment d'appartenance à une chaîne d'individus, disponibles, humbles, chaleureux.

La Lettre est informelle, elle émane non d'un organisme, d'un syndicat ou autre association, mais de la rencontre d'hommes et de femmes de bonne volonté.

Amen

**Suggestion :** Permettre au lecteur de mieux identifier le responsable de la chronique et l'auteur du texte.

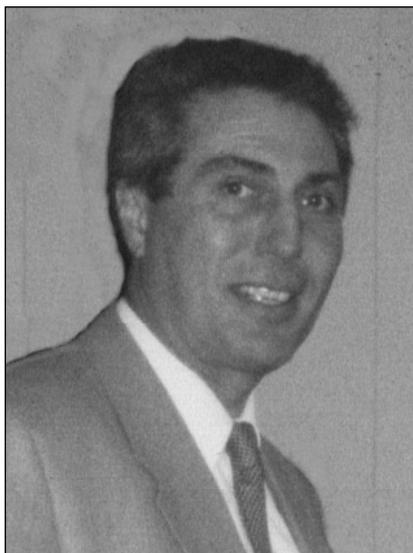
**N.B. :** Connaissez vous l'anar ? Si la réponse est non, cherchez dans les plis de La Lettre un petit prospectus planqué comme la minuscule graine d'un géant des forêts attendant les giboulées de mars pour montrer de quelle sève elle se nourrit. Elle nous fixe des rendez-vous à ne pas manquer. Cherchez bien. Il se peut qu'elle n'attende pas le printemps pour se manifester.



**François DUFÉY**

Directeur I.F.M.K. Lariboisière (75).

## PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Jean-Pierre  
**BERTHELIN**

Kinésithérapeute  
Chef de service  
Centre de l'Arche  
Saint-Saturnin (72)

M.K.D.E. en 1973

M.C.M.K. en 1978

### Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai fait mes études de kinésithérapie à l'école de Sambucy à Paris. En 1973, lors d'un stage au Mans, le futur directeur du Centre de l'Arche m'a proposé de faire partie de son équipe. Après avoir été chef de groupe pendant trois ans, j'ai décidé d'aller faire l'École des Cadres à Bois-Larris dont je suis sorti en 1978. L'année suivante, le poste de chef de service m'a été confié, animant ainsi une équipe d'environ 25 kinésithérapeutes.

Mon parcours professionnel m'a entraîné vers d'autres formations. L'avantage du Centre de l'Arche est qu'il offre une importante opportunité de formation tant en France qu'à l'étranger : je suis allé à Eidelberg où j'ai pu me familiariser avec la neurologie médullaire et cérébrale, j'ai aussi effectué des stages spécifiques en respiratoire, sur le pied, en neurologie et en urologie. Après l'École des Cadres, une certaine rupture s'est installée dans mes concepts personnels de kinésithérapie ; c'est pourquoi je me suis intéressé à la médecine chinoise et à différentes techniques de thérapie manuelle. Tout ceci m'a amené à concevoir de manière différente la prise en charge des patients.

### À quoi vous a servi de faire la formation cadre ?

À Bois-Larris, j'ai été formé pour être enseignant, or j'ai directement été promu chef de service. Ma formation a été utile pour l'encadrement des stagiaires et le suivi du personnel à visée d'enseignement. Mais au niveau de la gestion et du management humain, il m'a fallu faire une formation personnelle.

### Qu'est-ce qu'un chef de service de kinésithérapie ?

C'est une bonne question... Ce n'est surtout pas un chef, c'est avant tout un manager. Pour moi, les grandes orientations d'un chef de service sont d'amener une équipe à répondre le mieux possible aux besoins du patient. C'est-à-dire anticiper les différents besoins et organisations à mettre en place et prévoir les formations nécessaires afin d'optimiser la prise en charge des pathologies présentes et adopter rapidement les nouvelles techniques.

C'est aussi connaître et se servir de chaque homme de l'équipe pour tirer le maximum de l'individu, pour le patient, pour l'équipe et pour le centre. J'ai toujours refusé la création de postes de *chefs de groupe*. Je considère qu'il ne faut mettre personne entre le patient, le

médecin et le thérapeute. Mes collègues sont des professionnels d'un haut niveau de compétences et doivent eux-mêmes défendre "leur kinésithérapie".

### Comment la kinésithérapie écoute-t-elle ses patients ?

Il faut mettre en place les protocoles de fonctionnement d'abord par rapport au patient, et ensuite en fonction du personnel. Bien souvent hélas, les réflexions commencent par le bien-être du personnel...

Au niveau du kinésithérapeute, ça se situe à deux niveaux. Pour le premier, le patient doit être en harmonie avec son kinésithérapeute, c'est-à-dire se sentir bien avec lui, percevoir des progrès et comprendre que les objectifs définis seront atteints. La tendance à l'individualisation des soins M.K. permet une écoute, une aide et une adaptation plus personnalisées, et donc plus efficaces. Le deuxième point vient du fonctionnement de certains centres : les reconvoctions après la sortie du patient nous permettent de valider les objectifs à long terme et donc de prendre en compte l'évolution...

### Maintenant avec votre recul, que diriez-vous sur l'encadrement en kinésithérapie ? La kinésithérapie entraîne-t-elle une particularité d'encadrement d'un point de vue organisationnel, formatif, management... ?

À 50 ans, je n'ai plus la même conception de la responsabilité d'un chef de service qu'à 35 ans. Je suis chef de service dans un Centre de Rééducation Fonctionnelle traitant les handicaps lourds, donc obligatoirement, je ne peux jamais être uniquement le chef du service : je suis un des responsables de la chaîne de réadaptation fonctionnelle. On ne peut pas gérer un service de kinésithérapie sans prendre conscience et sans prendre l'avis des différents services qui nous entourent (orthoprothèse, ergothérapie, neuropsychologie, orthophonie infirmier...).

De plus, il doit exister une relation entre le kinésithérapeute et son chef de service. Les hommes sont comme ils sont, ils ne sont pas parfaits ; le chef de service non plus. Celui-ci doit pouvoir se servir de chacun avec ses qualités et ses défauts sans chercher à faire rentrer tout le monde dans un même moule, il est très difficile de changer fondamentalement une personnalité.

Au niveau des grands objectifs, il faut tendre vers *une qualité* de traitement la meilleure possible. Je pense qu'en kinésithérapie, cela passe par plusieurs étapes :

- un "état des lieux" du patient le plus précis possible ;
- des objectifs clairement définis, validés par l'équipe et le patient ;
- le choix de moyens correspondants aux objectifs ;
- le contrôle "feed-back" des résultats.

Le traitement kinésithérapique doit se situer dans un temps suffisamment long, être supportable pour le patient, avec des plages individuelles privilégiant la relation personnelle.

Le deuxième point est la formation de l'équipe. Je suis contre l'effet spécialiste à fond, mais il est cependant impératif que chaque kinésithérapeute ait une spécificité à lui dans laquelle il excelle. Au Centre de l'Arche, chaque kinésithérapeute a sa spécialité mais doit être capable de traiter n'importe quel patient à n'importe quel moment.

Il faut prévoir, devancer les tendances et rester avant-gardiste en matière de formation. Il est toujours regrettable que les Écoles, les Hôpitaux et Centres de Rééducation répondent très tard aux nouveautés.

**Références, recherche de protocoles, de validités scientifiques... que pensez-vous de cette normalisation dans laquelle la profession s'investit?**

Je suis totalement pour des

références à condition de pouvoir s'en sortir. Il est bien évident que les protocoles de validation de techniques et bilans sont absolument nécessaires, aussi bien pour que le kiné puisse s'identifier et se baliser dans sa rééducation, que pour la reconnaissance de la kinésithérapie par le corps médical et les autres professions.

Par contre, il ne faut pas que ces références fassent stagner la kinésithérapie et empêchent la progression et la recherche d'autres techniques. Il est évident que pour avoir de nouvelles techniques, il faut les concevoir ; ce n'est qu'après qu'elles pourront et devront être validées.

Tous les systèmes qualité ou d'accréditation en sont, à l'heure actuelle, à leur B-A BA. J'ai suivi pour ma part quelques formations qualité et accréditation. On ne sait pas tellement où l'on va, on se cherche, les bases sont en train de se poser, et j'espère que d'ici quelques années nous obtiendrons une clarification.

Il est vrai que les kinésithérapeutes n'écrivent pas beaucoup et qu'ils ont du mal à consigner ce qu'ils font sur un dossier kinésithérapique. Je crois que c'est ancestral, et cette kinésithérapie sensitive, manuelle, répondant à un moment donné au patient, rend cela difficile. Néanmoins, le dossier M.K. doit exister, il faut qu'il entre dans le dossier patient (je suis contre un *dossier médical* dans lequel les kinésithérapeutes interviennent, je suis pour un *dossier patient* à l'intérieur duquel s'intercale le *dossier kinésithérapique* - l'organisation en est totalement différente et surtout la propriété, l'utilisation de l'outil sont différentes). Le problème des dossiers, de leur multiplicité est la communication et pour cela, dès que l'on a à faire à des structures étendues, il me semble que l'informatique est la réponse la plus adaptée. Nous mettons au point un dossier patient informatisé pour une communication rapide du dossier et surtout une information en temps réel.

## À propos du P.M.S.I. ?

Le P.M.S.I. a été un gros problème, nous avons voulu limiter le coût du temps structure pour remplir le P.M.S.I.. Nous avons donc opté pour la transmission directe : celui qui sait rentre l'information, celui qui sait informe, et il le fait en direct. Là aussi, nous nous sommes orientés vers l'informatisation. Chaque kinésithérapeute rentre donc ses propres activités sur un logiciel développé par Monsieur Brault, ingénieur informatique du Centre.

Le contrôle est bien évidemment effectué par le chef de service, puis par une cellule P.M.S.I. ce contrôle ne concerne pas les actes puisqu'il est pratiquement impossible d'en vérifier la qualité a posteriori, mais plutôt les temps indicatifs remplis.

Ce système permet un gain de temps énorme au niveau de la structure, mais effectivement coûte...

## Quelles activités annexes, en dehors de vos fonctions de chef de service, pratiquez-vous ?

En dehors de mes activités de chef de service, je fais partie d'une association : le G.R.E.C.K.O., le Groupe de Réflexion et d'Évaluation des Cadres en Kinésithérapie de l'Ouest, qui rassemble une douzaine de chefs de service de Centres de Rééducation Fonctionnelle de l'Ouest. Nous avons réfléchi sur l'évaluation de la charge de travail en kinésithérapie et mis au point un logiciel d'évaluation : EVAL'KINÉ validé avec l'aide de l'École Nationale de la Santé Publique pour être officiellement publié par informatique en décembre. L'intérêt de ce groupe est surtout de se retrouver à plusieurs chefs de service rencontrant les mêmes problématiques et de pouvoir discuter sur l'évaluation mais aussi sur le matériel, la formation...

Je fais également partie du G.K.T.S. : Groupe Kinésithérapique de Travail sur la Scoliose et le

rachis, dont le président actuel est Monsieur Lionel Fauvy, chef de service adjoint au Centre de l'Arche.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour annoncer l'organisation en l'an 2000 du XXVIII<sup>ème</sup> congrès du G.K.T.S. au Centre de l'Arche sur le thème : "la scoliose mineure : évaluation des paramètres cliniques, consensus sur les techniques de rééducation".

J'ai également de temps en temps une autre activité en relation avec le Ministère de la Solidarité et

du Handicap ou la Mutualité Sociale Agricole, qui dans les cinq dernières années m'ont permis de visiter quelques pays de l'Est, dont la Roumanie, la Pologne...

Je reviens d'une mission en Russie pour laquelle une équipe du Centre a été mandatée par le programme Européen TACIS. Ces missions portaient toutes sur le handicap, et à chaque fois nous devons essayer d'évaluer le niveau des différentes professions de réadaptation du pays et de leurs possibilités d'évolution et d'application.

### Quels conseils donneriez-vous aux nouveaux cadres chefs de service en centre de rééducation ?

Toujours maintenir le patient au centre des débats.

Maintenir la transparence.

Favoriser l'information et la discussion.

Se former suffisamment afin de comprendre le vocabulaire et les concepts administratifs.

*Entretien : Michel GEDDA*

## CADRES EN EUROPE

### Les études de Kinésithérapie en Italie.

En Italie, il y a 18 000 Physiothérapeutes, un praticien pour environ 3 000 habitants. Les kinésithérapeutes italiens sont formés dans les Universités.

La formation de base dure 3 ans, l'accès aux études se fait après le baccalauréat à la suite d'un concours qui sélectionne les nombreux aspirants (en 1997, 16 760 candidats pour 1 350 places disponibles). Pendant la formation, les cours théoriques, pratiques et les stages hospitaliers représentent 4 500 heures.

En Juillet 1996, le nouveau programme des études a été mis en place ; il est semblable à celui des autres pays européens.

Le Diplôme d'État est délivré après avoir passé avec succès l'examen final et soutenu une thèse sur un sujet de kinésithérapie.

Les kinésithérapeutes diplômés peuvent choisir de travailler soit dans des établissements publics, soit dans le privé. Il y a encore peu de thérapeutes libéraux en Italie car ce type d'exercice vient seulement d'être autorisé. Pour ouvrir un cabinet, il convient d'obtenir une autorisation régionale.

Une loi de novembre 1996 a remplacé les titres de *masseur* et de *thérapeute de la réhabilitation* par celui unique de 'Physiothérapeute'. Il n'y aura plus ainsi dans l'avenir qu'une seule profession.

Les patients peuvent s'adresser au physiothérapeute sans prescription médicale.

### LA FORMATION POST-UNIVERSITAIRE

Elle est organisée, pour l'essentiel, par l'A.I.T.R. (Association Italienne des Thérapeutes de Réhabilitation) ; cette association regroupe presque tous les Physiothérapeutes du territoire national.

Les enseignants sont des thérapeutes spécialisés dans une technique particulière, ils interviennent également dans les écoles.

L'espoir est, aujourd'hui, la reconnaissance par la Faculté des sciences motrices d'un doctorat spécifique pour l'enseignement ; cela aurait l'avantage de procurer des moyens pour la recherche et l'évaluation des techniques en fonction de leur efficacité.

Le poste de Cadre Hospitalier ne présuppose pas de formation particulière comparable à ce qui existe en France ; là aussi, le souhait est de mettre en place une formation susceptible de former des experts en organisation et gestion des services car comme partout, en Italie la quantification des résultats est devenue plus que jamais une nécessité.

### Luigi STECCO

*Physiothérapeute libéral*



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

## ■ L'A.F.R.E.K.

### À propos de la méthodologie de contrôle de la qualité

L'un des projets actuels de l'A.N.A.E.S. (approuvé par l'A.F.R.E.K.) consiste à préparer un manuel de méthodologie qui permette d'élaborer une procédure thérapeutique dans les différentes disciplines para-médicales. L'intention est louable, et les kinésithérapeutes ont besoin d'un système standardisé qui leur permette de s'assurer qu'ils pratiquent leur métier de manière correcte.

Malheureusement, ce qui convient à l'agriculteur qui produit des pommes de terre ne convient pas à l'agriculteur céréalier [1]. Nous en avons l'exemple avec les efforts de la Commission de Bruxelles pour faire entrer dans le même moule tout ce qui correspond au mot-clé « agriculteur ». La démarche est ici la même, le mot-clé est devenu « para-médicaux ».

Deux repères de qualité se présentent immédiatement à l'esprit [2] :

A. Les actes « Procédure-dépendants », qui impliquent une adhésion *ne varietur* et non modifiable à une méthode pré-établie. Les professions qui relèvent de cette problématique passent un jugement de qualité basé sur les processus.

B. Les actes « Opérateur-dépendants », qui autorisent une large part d'adaptation au cas clinique. Dans ce cas, le jugement porté est basé sur le résultat.

Entre des situations extrêmes, plusieurs gradations sont repérables (Tableau 1, page suivante).

#### Caractéristiques des extrêmes :

##### A. Les actes « Procédure-dépendants » :

###### • *Procédure.*

- Aucune liberté de déviation par rapport à la procédure\* prescrite ;

- La qualité de l'acte dépend d'une parfaite exécution : toutes les composantes, et dans l'ordre indiqué ;

- La fiche de procédure suivie à la lettre par un novice\*\* garantit la qualité de la prestation.

###### • *Enseignement.*

- L'enseignement est essentiellement factuel et théorique, en salle de cours et de travaux pratiques, en insistant sur une parfaite maîtrise de la technicité indispensable ;

- Le bagage cognitif est utile pour comprendre la nécessité impérieuse de respect de la procédure, mais pas pour s'adapter au cas clinique précis.

###### • *Sens Clinique.*

Peu d'influence du « sens clinique », la finesse de jugement lié à l'habitude de rencontrer des pathologies semblables : la procédure prend tout en charge, y compris les dangers éventuels.

###### • *Relations Humaines.*

- La qualité des relations humaines n'est pas une priorité ;

- La qualité de relation thérapeute/patient n'a pas d'influence sur la qualité du résultat.

###### • *Qualité de Vie.*

- Les plaintes directes du patient ne sont pas un facteur pris en compte ;

- La satisfaction du patient n'intervient absolument pas sur la qualité du résultat.

##### B. Les actes « Opérateur-dépendants » :

###### • *Procédure.*

- Liberté importante de déviation par rapport à la procédure, en fonction de l'état du patient au moment précis où chaque jour il est pris en charge ;

- La fiche de procédure fournit au novice un guide de bonne conduite, mais ne garantit pas la qualité de la prestation ;

- Les risques sont mentionnés de manière générale, ainsi que les moyens d'y remédier, mais tout ne peut pas être pris en charge par la fiche de procédures.

###### • *Enseignement.*

- L'enseignement sur le terrain prime sur l'enseignement en salle de cours (travaux dirigés ou stage interné), et met l'accent sur la méthodologie de réalisation des actes ;

- Le bagage cognitif est un préliminaire indispensable, mais cette connaissance froide doit être modélisée pour se conformer à la situation « à chaud ».

Tableau 1 : Typologie selon les différentes professions para-médicales.

	Procédure	Sens Clinique	Enseignement	Relations Humaines	Qualité de Vie
Laborantin	<b>Indispensable</b> la qualité du résultat dépend de l'application stricte de la procédure.	<b>Inutile</b> le contact avec le patient est soit inexistant, soit très bref.	<b>Théorique</b> en majorité, avec bagage cognitif essentiel dans le domaine technique.	<b>Inutile</b> pas de contact avec le patient, ou simple exécution d'une procédure standard.	<b>Inutile</b> et facteur inconnu - pas de contact avec le patient.
Manipulateur en Radiologie	<b>Indispensable</b> la qualité du résultat dépend de l'application stricte de la procédure.	<b>Inutile</b> le contact avec le patient est bref, et l'opinion du patient n'a pas d'influence sur la qualité du résultat.	<b>Théorique et très technique</b> avec insistance sur l'observation stricte des consignes.	<b>Utile</b> dans une faible mesure. L'essentiel de l'acte tient dans le réglage de l'appareil.	<b>Inutile</b> et facteur inconnu - pas de contact suivi avec le patient.
Infirmier	<b>Indispensable</b> la prescription médicale et les directives méthodologiques ne peuvent pas être modifiées.	<b>Utile</b> mais l'état du patient ne modifie pas dans l'instant le comportement thérapeutique.	<b>Plus pratique</b> que théorique, car les procédures sont simples à appliquer mais le contact avec le patient prime.	<b>Indispensable</b> car la relation avec le malade constitue la base du "diagnostic infirmier".	<b>Indispensable</b> la qualité de résultat dépend en large part du bien être matériel et moral ressenti par le patient.
Orthophoniste	<b>Utile</b> mais modifiable en fonction du constat immédiat.	<b>Indispensable</b> pour établir une amorce de pronostic et suivre la progression, ce qui modifie l'abord thérapeutique.	<b>Théorique</b> surtout, mais une affiliation pratique est également indispensable pour acquérir le sens clinique.	<b>Indispensable</b> pour établir un contact chaleureux et mettre le patient à l'aise, donc moins inhibé.	<b>Utile</b> de connaître les réactions du patient, sans trop s'y attarder, puisqu'il fait des efforts.
Ergothérapeute	<b>Utile</b> mais doit être modulable en fonction du patient et de son état dans l'immédiat.	<b>Indispensable</b> une perception fine de l'état du patient et de ses attentes guidera l'intervention thérapeutique.	<b>Théorique et pratique</b> avec valeur égale de l'apprentissage en salle de cours et en service de rééducation.	<b>Indispensable</b> car il s'agit d'obtenir pleine coopération du patient à son projet de rééducation.	<b>Indispensable</b> l'objectif est de fournir l'existence la plus confortable possible, en fonction de la réalité mesurée.
Masseur-Kinésithérapeute	<b>Utile</b> dans une faible mesure. Il faut savoir comment faire dans les grandes lignes, mais être sans cesse prêt à s'adapter à une nouvelle situation.	<b>Indispensable</b> le traitement change chaque jour en fonction de l'état et des progrès du patient. Le bilan évolutif constitue la base d'un "diagnostic kinésithérapique" guidant l'évolution thérapeutique.	La <b>pratique</b> revêt une importance supérieure à la théorie : le geste thérapeutique se pratique avec des mains habiles, les bilans nourrissent une réflexion élaborée autour du constat de l'état physique du patient.	<b>Indispensable</b> elles prennent parfois le pas sur la compétence manuelle en obtenant une parfaite participation du patient à son programme de traitement.	<b>Important</b> il faut connaître les attentes du patient afin d'orienter les choix thérapeutiques du diagnostic kinésithérapique.

### • Sens Clinique.

- Très grande influence du « sens clinique » : des pathologies semblables ont été vues à des stades semblables, et le thérapeute en a tiré des leçons applicables ;

- La qualité de l'acte dépend de l'adaptation au patient, en tenant compte d'une évolution observable au jour-le-jour ;

- Une amodiation dans l'ordre des interventions doit rendre compte de l'adaptabilité du thérapeute à la situation concrète.

### • Relations Humaines.

- Mettre en confiance le patient et savoir le motiver est une qualité à privilégier et à développer ;

- La qualité de la relation thérapeute/patient influence fortement le résultat de l'acte effectué.

### • Qualité de Vie.

- Les plaintes directes du patient sont prises en cause chaque jour, et modifient la procédure standard ;

- La satisfaction du patient est essentielle pour obtenir un résultat de qualité.

\* **Procédure** : un enchaînement d'événements semblables à l'exécution d'une recette de cuisine : liste des ingrédients, et spécificité de l'ordre dans lequel ils sont utilisés. Ainsi, pour retirer une sonde il faut dégonfler le ballonnet avant de la faire glisser, et non l'inverse.

\*\* La définition du « novice » est conforme à celle du « Modèle de Dreyfus » (Ann Kinesither 1998 ; 25/1 ; 30-33).



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

## Analyse d'une corrélation entre professions para-médicales et typologie des actes.

Cinq rubriques ont été retenues pour cette récente analyse : (1) Procédure, (2) Type d'enseignement et importance du bagage cognitif, (3) Sens Clinique, (4) Relation humaine, (5) Qualité de Vie du patient. Nous suggérons donc d'utiliser la méthodologie exposée par Ishikawa [3], qui est en pratique un « fractal » dans le sens où elle permet d'explorer des méga-phénomènes ou des situations concrètes de taille réduite.

Dans ce cas, les « arêtes » du poisson de Ishikawa sont libellées en fonction des cinq rubriques ci-dessus, ce qui permet d'explorer ce dont a besoin la profession considérée : une procédure très rigide ou un cadre souple.

Les professions para-médicales ne peuvent pas se satisfaire d'un moule Procrustéen. La mesure de la qualité commence par l'élaboration de critères qui décrivent ce que l'on désire observer.

### Le répertoire des appréciations.

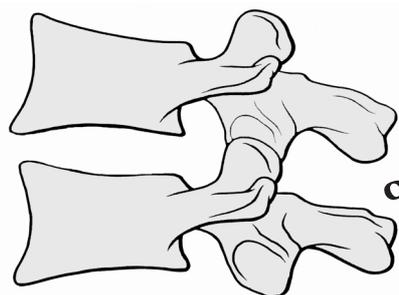
Les appréciations sont graduées ainsi (en incréments) : **Inutile, Utile, Important, Indispensable.**

Nous nous sommes conformés aux directives fournies par Likert [4] en utilisant une gradation à quatre étapes dont le but est :

- de faire ressortir de manière claire ce qui est important pour la réflexion ;
- d'être organisé en gradation d'importance.

### Références

1. Hayakawa SI, Hayakawa AR : *Language in Thought an Action* New York, Harcourt-Brace, 1992.
2. Viel E : *Spécialisation en Physiothérapie* Ann Kinesither 1998 ; 25/4 ; 145-148.
3. Ishikawa K : *La gestion de la qualité : outils et applications pratiques* Paris, Dunod, 1996.
4. Likert R : *Systems of organization* New York, Mc Graw-Hill, 1976.



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**

## ■ DÉCOUVERTE

### L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

# INSERM

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ  
ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

101, Rue de Tolbiac  
75654 PARIS CEDEX 13

Tél : 01.44.23.60.00 - Fax : 01.44.23.60.99

<http://www.inserm.fr>

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.) a été créé par transformation de l'Institut National d'Hygiène, en application du décret n° 64-727 du 18 juillet 1964.

C'est un établissement public de caractère scientifique et technologique. Placé sous la double tutelle du Ministère de la recherche et du Ministère de la Santé, l'I.N.S.E.R.M. est au service de la santé de tous et contribue, par la recherche, à mieux connaître et à améliorer la santé de l'homme.

De la biologie fondamentale à la Santé Publique, l'I.N.S.E.R.M. a pour champ de compétence toutes les dimensions fondamentales, médicales cognitives, cliniques ou appliquées et en Santé Publique de la recherche et doit en dynamiser la continuité. Dans chacun de ses domaines d'activité, l'I.N.S.E.R.M. maintient des exigences qualitatives et éthiques de haut niveau. Sa mission est d'améliorer la compréhension des maladies et de raccourcir les délais pour faire bénéficier les patients, le monde médical et les partenaires nationaux mais aussi internationaux, des résultats de la recherche.

Son rôle consiste notamment à :

- centraliser, mettre à jour et diffuser toutes informations sur les activités de recherche biomédicale exercée tant en France qu'à l'étranger ;

- encourager, entreprendre, développer tous travaux de recherche en ce domaine ;

- assurer les relations entre ses laboratoires et les industries intéressées ;

- informer le Gouvernement de l'état sanitaire de la population.

Pour mener à bien ses objectifs, l'I.N.S.E.R.M. s'appuie sur :

#### - 1 conseil scientifique

#### - 11 commissions scientifiques spécialisées

- Génétique et développement
- Prolifération et différenciation cellulaires
- Immunité et inflammation
- Endocrinologie et reproduction
- Neurosciences (2)
- Cardiologie, hémostase, athérogenèse
- Dermatologie, néphrologie, pneumologie, urologie
- Gastro-entérologie, nutrition, métabolisme, hépatologie
- Maladies transmissibles
- Santé, population, société

#### - 6 intercommissions scientifiques

- Systèmes de suppléance, organes artificiels, biomatériaux
- Utilisation thérapeutique de produits humains et de substitution
- Investigations cliniques
- Comportements en matière de biomatériaux
- Évolution démographique et santé humaine : populations et groupes sociaux vulnérables
- Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et protection sociale

#### - Une évaluation rigoureuse des laboratoires et des chercheurs.

### L' I.N.S.E.R.M. EN QUELQUES CHIFFRES

- Un budget de 2,85 milliards de FF.
- Un réseau de 275 laboratoires de recherche implantés, dans leur quasi-totalité, au sein des hôpitaux et dans les Universités.
- 54 Instituts fédératifs de recherche, en partenariat avec les hôpitaux, les universités et les autres institutions de recherche.
- Des contrats de soutien d'équipes.
- Dix centres d'investigation clinique entre l'I.N.S.E.R.M. et les hôpitaux.
- Une communauté scientifique, médicale et technique de 10 000 personnes, dont 2 000 chercheurs et 2 200 ingénieurs, techniciens et administratifs, salariés de l'I.N.S.E.R.M., environ 1 400 hospitalo-universitaires et près de 2 200 boursiers et internes en formation.

## ■ FORMATION

### Représentations et interactions dans les situations de formation

#### Une approche par le biais de la complémentarité

par :

**Long PHAM QUANG,**

Cadre Psychomotricien, CFCPH de l'AP-HP.

**Isabelle ABOUSTAIT,**

Cadre Masseur-kinésithérapeute, IFMK de l'AP-HP.

Lors de notre formation à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'AP-HP, nous sommes plusieurs professionnels de rééducation (Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Diététiciens) à nous être interrogés sur le sens que pouvait recouvrir le concept de complémentarité professionnelle. Nos premières confrontations furent ponctuées de méfiance et d'inquiétude. Enfermés chacun dans la méconnaissance de l'autre professionnel, nous avons sans doute peur de la rencontre, pressentant un conflit potentiel.

Cependant, malgré nos approches différentes, notre langage et nos préoccupations apparaissent relativement proches. C'est à partir de ce constat que nous avons eu le désir de nous questionner sur ce concept de complémentarité et plus particulièrement sur la place et le rôle accordés à celui-ci au sein de situations de formation.

L'approche conceptuelle délibérément mise en œuvre au regard de cette problématique est élaborée en vue de mieux appréhender l'organisation des soins au quotidien.

À partir d'un fond soignant commun dont les valeurs seraient, bien sûr, à partager mais peut être encore plus à construire en permanence, comment se conjuguent altérité et identité professionnelles ? Que suppose et que peut signifier la complémentarité professionnelle ?

La complémentarité représente le caractère de ce qui est complémentaire à quelqu'un ou à quelque chose. La dynamique de la complémentarité professionnelle, légitimement souhaitée par beaucoup, semblerait alors signifier qu'un soignant donné viendrait en complément d'autres dans une perspective commune, celle du soin offert au patient.

Or, si la légitimité de ce discours, bien que tramé d'idéologies, soit indiscutable, il nous semble également intéressant d'interroger quelques-uns de ses enjeux et de ses incidences. C'est probablement dans la confrontation de nos questionnements respectifs que nous ferons évoluer l'ensemble de nos systèmes de relation.

Le concept de complémentarité présente une polysémie et recouvre des contenus très différents. Bien enten-

du, il ne s'agit pas ici d'en livrer l'exhaustivité. Nous avons retenu arbitrairement certains éclairages issus des champs de la psychologie sociale et de la philosophie.

La complémentarité renvoie de fait à l'altérité car elle présuppose que ne peuvent être complémentaires que deux objets ou deux sujets identifiés comme étant différents et différenciés l'un par rapport à l'autre. L'un et l'autre appartenant à des systèmes de référence différents et possédant leurs grilles de lecture respectives.

Cette perspective multiréférentielle a des incidences qui nous semblent signifiantes. En effet, la complémentarité professionnelle serait celle d'ensembles foncièrement, sinon irréductiblement, hétérogènes. Homogénéiser entre elles des pratiques soignantes spécifiques en vue d'actualiser ce fonds soignant commun, conduirait sans doute à une réduction inévitable de chacune de ces pratiques. Celles-ci doivent être considérées selon leur point de vue propre (référentiel) et comme étant non superposables entre elles. Ce fonds soignant commun se construit et s'actualise au gré des interactions produites entre les différents acteurs et ne peut être prédéterminé en tant que cadre sinon qu'il est constitutif même de celui-ci en termes d'interactions.

L'interaction est intrinsèquement conflictuelle en tant que processus ordinaire de confrontation entre différentes altérités, c'est à dire différenciées et non réducibles l'une à l'autre. Mais c'est également dans l'interaction que peuvent évoluer les représentations qu'un soignant possède d'un autre soignant. En effet, les représentations qui se transmettent et se véhiculent, s'actualisent dans le cadre des interactions produites (discussions, rencontres, échanges,...). L'actualisation de ces représentations est potentiellement vecteur d'évolution.

Le concept de représentations nous semble important dans notre réflexion puisque ces dernières sont à l'origine de nos comportements. Le conflit se trouve être inhérent à l'interaction (mais pas forcément destructeur) ; il est un préalable nécessaire pour devenir source d'enrichissement. Communiquer dans l'altérité, c'est accepter d'être soi-même altéré. Cette altération nous semble être à la source de toute évolution.

Dans l'exercice de nos activités hospitalières, nous avons pris conscience d'une certaine forme d'ignorance réciproque entre kinésithérapeutes et ergothérapeutes, entre kinésithérapeutes et psychomotriciens, en termes d'activités professionnelles. Comment peut-on dès lors travailler en complémentarité avec un autre professionnel dont on appréhende mal les compétences ? De surcroît, nous élaborons nécessairement des représentations de cet autre, qui se trouvent être en décalage avec sa propre représentation de son activité professionnelle.

Ainsi, il semble nécessaire de s'interroger sur la prise en compte de ces représentations en situation de formation.

La formation initiale peut être un moment privilégié pour aborder la dynamique de la représentation. N'est-il pas judicieux que l'étudiant puisse avoir l'opportunité et les moyens de réguler sa propre représentation des autres acteurs hospitaliers et d'appréhender la représentation de ces derniers vis à vis de sa propre activité professionnelle ?

Autrement dit, il faudrait faire en sorte que l'étudiant puisse avoir des éléments de connaissance sur d'autres spécificités soignantes (champs de compétences, clinique, référentiels techniques, ...). Favoriser des moments d'interactions, d'une part permettrait l'actualisation de représentations diverses, et d'autre part donnerait à l'étudiant l'opportunité de se questionner sur son positionnement au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

En termes de formation, il n'y aura pas de réponse unique. Le rôle du formateur pourrait être de proposer à l'étudiant des éléments pour gérer les écarts entre ses propres représentations et celles dont il fera de toutes façons l'objet.

Concrètement, nous pourrions envisager l'intervention d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien, pour présenter son activité professionnelle à une pro-

motion d'étudiants en kinésithérapie, par exemple.

C'est dans cette même perspective dynamique que nous pourrions questionner la place, le rôle et le sens de la formation continue ainsi que les stages réalisés par l'étudiant au cours de sa formation initiale. L'objectif étant de dépasser l'ignorance et les préjugés des uns par rapport aux autres, qui aboutissent souvent à des formes de cloisonnement et de corporatisme.

Les soignants doivent se risquer à élargir leur champ professionnel en acceptant de se confronter à d'autres références, de façon à davantage requestionner les leurs. Favoriser différents mouvements d'interactions nous semble à cet égard, une piste féconde pour dépasser les processus d'enfermement professionnel.

Définitions de la multiréférentialité et de la complémentarité, in Encyclopédie philosophique universelle, les notions philosophiques, dictionnaire, 2 T., PUF, Paris, 1990.



**Béatrice CHAPIN,**  
**Pascale JAILLARD,**



Responsables de la Chronique.