



# La Lettre

*du Cadre de Santé Kinésithérapeute*

N° 17 - Janvier 2002

## ■ ÉDITORIAL

Il y a des liens qui rapprochent les cadres MK : la formation, les intérêts, les difficultés, certains espoirs... Ces affinités sont facteurs d'identités et de cohésion indéniables mais surtout favorables à l'organisation de dynamiques de progression. C'est d'abord cela, promouvoir sa profession.

Néanmoins, la première pertinence du cadre reste son terrain.

Un lieu polymorphe, évolutif, aigu où se côtoient d'autres professionnels

aux connaissances, gênes et espérances différentes.

Or dans ce contexte d'objectifs communs, le cadre MK ne peut maintenir une direction corporative : il délaye ses particularités pour modeler la démarche pluridisciplinaire. Il valorise ses spécificités pour enrichir l'action collective, pas l'enliser. Il efface un peu de sa nature en faveur d'une autre homogénéité.

Cette élégance, valeur d'exemple, fait aussi partie de ses compétences.

*Michel GEDDA*  
*Directeur de Publication*

## ■ APPEL À VÉRIFICATION

Le projet de recherche AFREK financé par l'ANAES est entré en phase d'évaluation par des utilisateurs qualifiés. Trois fiches de procédures sont été adressées à des centres ou services de rééducation. C'est maintenant sur la partie "Qualité d'un acte de rééducation" que nous sollicitons l'avis des lecteurs de La Lettre.

Voir la page 2 pour lire le texte.

Il y a urgence. Faites nous part de vos observations directement par mail : [eviel@nwc.fr](mailto:eviel@nwc.fr) ou écrivez à La Lettre. Suggérez des modifications, formulez des critiques.

Une seule consigne :  
*Si le message ne vous plaît pas,  
ne vous en prenez pas au messenger !*

## SOMMAIRE

- Éditorial
- l'A.F.R.E.K. :  
*Appel à vérification*
- Relecture du numéro 16 :  
*Jean-Pierre CORDIER*
- Parcours d'un cadre kiné :  
*Fabien CAVAREC*
- Formation :  
*par Richard GOUARNÉ*
- Découverte :  
*le nouveau CESTAK*
- 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 RIGAU**  
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

Tous les numéros de **La Lettre** téléchargeables à l'adresse Internet :  
<http://www.physiorama.com/doc/lcsk/index.html>

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

## Quels sont les critères permettant d'évaluer la "performance" d'un processus de rééducation ?

**Définition :** le mot "performance" signifie "régularité de fonctionnement" comme dans le concept ergonomique, et non "succès inusuel" comme dans le milieu sportif.

**Objectif :** Quelles sont les Variables de Procédure (VP) et Variables Essentielles de Procédure (VEP) qui permettraient au visiteur-accréditeur de se rendre compte rapidement qu'il observe un service bien géré ?

### 1. Structure générale du service

- Existence d'un organigramme général : VEP
  - Liste des responsabilités
  - Qui a le droit de signature ?
- Existence d'un glossaire
  - Utilisation d'un langage universel pour tout le service
- Dotation en personnel
  - Compétences des intervenants
  - Formation continue en lien avec les objectifs du service : VP
- Circulation d'informations à tous les intervenants
  - Transmission des infos vers les infirmières du service : VP
  - Le nom de l'intervenant paramédical est spécifié
  - Le médecin responsable est identifié

### 2. Dossiers

- Dossier aisément accessible, et simple : VP
- Diagnostic précis et détaillé
  - Prescription médicale nécessaire mais pas suffisante
  - Prescription médicale obligatoire, avec date : VEP
  - Limites et contre-indications sont spécifiées
- Objectifs définis après évaluation pluridisciplinaire : VP
  - Modifications après décision du staff médical
  - Environnement pris en compte
- Adaptation du traitement à la période précise : VEP
  - Équilibre de répartition entre intervenants de rééducation
  - Glissement de la rééducation spécifique vers la réadaptation

### 3. Bilans utilisés

- Bilans identiques au sein de la même profession : VEP
  - Tests étalonnés, internationaux, objectivables
- Adaptation des bilans
  - Bilan qui répond à la prescription du médecin : VP
  - Bilans adaptés au cas du patient (état, phase, objectifs)
- Critères de qualité des bilans utilisés
  - Bilans adaptés au mode de fonctionnement du service
  - Tenue et mise à jour régulière : VP
  - Mise à jour reflète temps de séjour et évolution de la PEC

### 4. Qualité de la technique d'application

- Les procédures d'application existent : VP
- Il existe une fiche de procédure pour chaque technique : VP
  - Les instructions de travail ont été rédigées
  - Le thérapeute adhère à la technique préconisée

- Ajustement pluridisciplinaire
  - Coordination avec le personnel infirmier : VP
- Adaptation personnel/matériel/patient : VP
  - Adaptation du matériel de rééducation
  - Formation interne des personnels : VP
  - Équipement du plateau technique
- Prise de risque mesurée
  - Conscience du risque encouru par le patient
  - Éducation du patient à sa protection
  - Adhésion du patient au traitement

### 5. Participations (famille, généraliste, assistante sociale) :

- Adhésion du patient aux objectifs définis par l'équipe : VEP
  - Mise en situation sur le lieu de vie
- Information claire au patient, à la famille et à l'entourage
  - Relations avec la famille
  - Relations avec médecin de famille, paramédicaux à la sortie
  - Critères de sortie connus : VP
- Évaluation finale qui propose des soins de suite
  - Visite à domicile
  - Conseils de suite à la sortie : VP
- Facteurs internes/externes de mesure de la performance.

Cette incursion dans le domaine de la qualité du processus fait apparaître 2 types de situations présentes dans un centre de rééducation :

**1. Facteurs internes dominants :** L'équipe médicale et paramédicale est en mesure de contrôler le plan de traitement et peut être rendue responsable du décours, donc de la "performance" de l'équipe ;

**2. Facteurs externes dominants :** L'équipe est soumise à des impératifs externes comme : mise en traction prolongée, interdiction d'appui, interdiction d'extension d'une articulation, etc... décisions chirurgicales dont le respect s'impose. Dans ces cas, il n'est pas possible d'évaluer la "performance" de l'équipe.

*Un audit d'efficacité ou performance pour une équipe de rééducation devra tenir compte du ratio Facteurs internes (libre décision)/Facteurs externes (la décision est ailleurs).*

Dans les cas de "décision contrainte", les objectifs doivent être spécifiés par le prescripteur. La "performance" de l'équipe de rééducation peut être évaluée en fonction de la rapidité et de la nature complète/incomplète d'atteinte des objectifs spécifiés en début de traitement.

La "zone de gris" se situe dans les cas où une négociation s'engage entre le chirurgien et l'équipe de rééducation, les décisions thérapeutiques étant prises d'un commun accord, les objectifs fixés conjointement. Dans ce cas, ce n'est pas l'analyse du processus, mais l'analyse de résultat qui permet le jugement [Crombie].

### Référence

Crombie IK, Davies HTO. Beyond health outcomes: the advantages of measuring process. *J Eval Clin Practice* 1998;4/1:31-8.



**Éric VIEL,**  
Responsable de la Chronique.  
eviel@nwc.fr

# RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Juin 2001 : Numéro 16

par :

Jean-Pierre CORDIER

Après le choix de Philippe Seyres de déroger à la tradition de commenter séparément chaque texte du numéro précédent, je choisis de la restaurer. Non pas que le changement me fasse peur ou que je sois hostile à l'égard de la nouveauté, cela me semble tout simplement plus pratique. J'espère que Michel Gedda ne me soupçonnera pas de *misonéisme*.

## • *Éditorial* (page 1) :

Intéressant. Dans son éditorial, Michel Gedda relève une opposition entre ce que nous pensions de la kinésithérapie et ce que certains voudraient que nous en pensions. Il nous propose de penser différemment, moins en substance, mais davantage en conscience. Je pense qu'il ne s'agit pas de déterminer si cette pensée doit se faire plus ou moins en conscience, plus ou moins en substance, mais comment ces deux composantes peuvent se compléter.

Certes le présent requiert que nous imaginions, mais pas une réalité dans laquelle il faudrait penser, cette réalité est là, il ne s'agit pas de l'imaginer. Notre profession est jeune et doit savoir s'adapter aux différentes évolutions de notre société. Il faut que nous intégrions la réalité dans laquelle nous devons penser la kinésithérapie.

## • *L'A.F.R.E.K.* (page 2) :

Essentiel. Nous apprenons que le programme de recherche est à mi-parcours. Cette recherche des indicateurs de qualité pour les technologies de santé utilisées en rééducation est devenue nécessaire et répond aux nouvelles exigences imposées par notre société. Il y va de la crédibilité de notre profession. Nous savons que nous pouvons être efficaces, démontrons le.

J'aime beaucoup le souci d'Éric Viel de toujours bien préciser le sens des mots, de préciser les définitions, n'hésitant pas à faire appel à des définitions appartenant à des technologies étrangères à la santé.

## • *Formation* (pages 3 et 4) : **Le projet professionnel.**

Ardu. Michel Gedda m'a demandé une relecture de ce numéro. Cet article en a nécessité plusieurs. D'abord la première partie, appartenant au numéro précédent : article que j'avais commencé à lire car le projet professionnel est évidemment quelque chose qui nous concerne. Je n'ai pas pu le terminer, pas eu envie de continuer, ne comprenant pas cette phraséologie hermétique.

Je l'ai donc lu et relu, de même que la 2<sup>o</sup> partie puis j'ai relu les deux dans la continuité et relu encore...

Conclusion : après décodage, je pense être en accord avec le fond de cet article et comprendre l'ensemble des composantes de la construction d'un projet professionnel et de sa formalisation. Cependant je ne pense pas qu'il m'aidera à mieux comprendre, mieux rencontrer, voire mieux réguler les projets professionnels d'une équipe comme cela est proposé en introduction.

J'ai demandé la relecture de cet article à des personnes versées dans l'éducation et la pédagogie : ces personnes ont trouvé cet article excellent sur le plan pédagogique, les auteurs référencés faisant autorité dans la matière.

Alors d'où vient le décalage car je ne pense pas être le seul à éprouver ce genre de difficultés, de réticences.

Le propre de l'Éducation, de la Pédagogie n'est-il pas d'enseigner, d'expliquer mais surtout de se faire comprendre ? Il est dit d'un enseignant qu'il a des qualités pédagogiques s'il sait expliquer, se faire comprendre.

Il ne s'agit pas de tomber dans la vulgarisation extrême mais de faire l'effort de transposer un vocabulaire, une phraséologie propres d'une profession à une autre profession. Dans ce cas telle science apportera des compléments à telle autre, sinon n'y a-t-il pas un risque de discrimination ?

## • *Relecture du numéro précédent* (pages 5 et 6) :

Synthétique. Philippe Seyres nous propose sa vision, sa conception de notre profession. Je suis tout à fait en accord avec ce qu'il nous écrit. Une réserve peut-être, la masso-kinésithérapie est une science *et* un art. Dans cette optique, la rationalisation de nos techniques, indispensable à notre crédibilité, s'imprègne de la notion de maîtrise et d'humanité.

## • *Encadrement* (pages 7 et 8) : **La gestion des grèves.**

Nébuleux. Toujours le même problème que nous pouvons d'ailleurs rapprocher de celui des gardes et astreintes en masso-kinésithérapie. Pourtant les réponses doivent exister : code du travail, jurisprudence, décrets de compétences...

Il est intéressant de noter que le plus souvent ce sont les mêmes personnes qui exigent de nous de prouver l'efficacité de nos techniques et qui n'hésitent pas à faire appel à notre sens de l'humain, pour nous culpabiliser en cas de défaut de prise en charge des patients.

## • *Mémoires cadres* (pages 9 et 10) :

### **Prévention du risque infectieux.**

Édifiant. Les plus simples mesures d'hygiène : lavage des mains, port d'une blouse ne semblent pas appliquées par beaucoup d'entre nous. Quant à la formation sur la prévention et la surveillance des infections nosocomiales, elle semble très insuffisante.

Toute une éducation à faire. À l'I.F.M.K. de Nancy cette éducation est faite dès les premières heures de cours de première année. Les règles d'hygiène sont précises et doivent être appliquées pour chaque T.P.. L'information et la formation sur la prévention et la surveillance des infections nosocomiales se font tout au long de l'année. Elles préparent les étudiants à leurs applications sur les terrains de stage... où parfois ils constatent qu'elles ne sont pas appliquées.

Cependant cette formation initiale et l'information, de plus en plus prégnante, devraient faire évoluer favorablement cette situation.

• **Parcours d'un cadre kiné (pages 11 à 14) :**

**Martine Cardey**

Complet. Voilà un parcours diversifié qui nous montre qu'il y a de nombreux secteurs qui font la fierté de la kinésithérapie. J'aime bien également le point de vue de Martine Cardey sur le management : respect, communication, combativité.

Des mots simples, pas de théorie fumeuse, pas de gargarisme verbal et pourtant l'essentiel est dit, l'essentiel est compris. Je ne pense pas que Martine Cardey ait des problèmes de communication avec son équipe, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de discordances. Les discordances peuvent être constructives quand elles apparaissent dans un tel contexte.

• **Courrier (pages 15 à 17) : François Le Marec**

Heureux. Ah, enseigner la Kinésithérapie au Canada, quelle chance en effet, mais quelle surprise de découvrir cette pudeur qui nous semble exagérée dans ce pays dont nous nous sentons si proche. Pourtant même dans nos instituts de formation ce n'est pas si simple. Les premières heures de T.P. où il faut se déshabiller montrent bien les gênes qui existent et nous savons qu'elles doivent être bien gérées, dans le respect. C'est un aspect qui est très rarement abordé dans notre formation. J'apprécie cet article qui traite ce sujet avec pudeur et humilité.

Je suis également très content de voir un cadre enseignant qui essaie de s'adapter, "*accéder aux représentations culturelles de l'autre*". "*L'enseignant doit, en partant de son propre univers culturel, décoder l'univers de l'Autre.*"

Ce souci d'adaptation est celui de comprendre l'autre pour mieux se faire comprendre. Je n'hésite pas à transposer ces principes décrits ici entre deux cultures à la différence qui existe entre deux sciences ou arts...

C'est l'enseignant qui doit se faire comprendre auprès de l'étudiant, pardon de *l'apprenant*.

Il est vrai que c'est difficile, il faut se remettre souvent en question, cela prend du temps, pardon, *cela est chronophage*.

• **Cadrekine.net (pages 17 et 18) :**

Bien vu. Je connais l'histoire de *Pierre et le loup* aussi ; je lis tous ces messages "importants ou d'alerte" pour, en général, les jeter aussitôt. Quand j'ai un doute, je consulte le site <http://HoaxBusters.ciac.org/>.

Par contre, je ne connaissais pas l'histoire *du roi et du devin*, une belle histoire. Elle est rassurante car je me dis que j'ai peut-être une chance d'avoir raison dans quelques uns des propos que je tiens dans cette relecture.

Plus sérieusement, je suis allé voir le site du docteur Stephen Barrett, en français, c'est effectivement à voir et très instructif, en tout cas c'est un site qui suscite beaucoup de réactions. Très intéressant également les critères de qualité concernant les sites de santé sur Internet.

Quant à la question : en tant que patient, préféreriez-vous prendre un risque qui a peu de chance de réussite, mais qui peut obtenir un meilleur résultat ou ne pas prendre de risque et avoir un résultat moyen ? Je ne sais pas. Cela me fait penser à la même question transposée dans le domaine boursier, or je ne joue pas en bourse. D'accord argent et santé ce n'est pas la même chose mais cela suggère une autre question : la bourse ou la vie ? ou, les crédits ou la recherche ?...

• **Documentation (page 19) : recherche booléenne**

Instructif. Voilà des précisions utiles quand il s'agit de faire une recherche documentaire sans se retrouver noyé sous des milliers de pages. Mais pour les moteurs de recherche courants sur Internet ce n'est pas toujours la méthode requise et souvent les options avancées ne sont pas évidentes à décoder. Le plus facile dans le cadre d'une recherche bibliographique pour le compte de l'ANAES est de demander à Emmanuelle Blondet. Vous êtes sûr d'avoir des résultats pertinents et une collaboration efficace.

**Conclusion**

Je remercie Michel Gedda de m'avoir demandé de faire la relecture de ce numéro de *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute*. Cela m'a obligé à vraiment la relire en profondeur et à vous proposer cette interprétation.

Il est bon que cette Lettre existe et elle doit continuer à exister. C'est une tribune libre et ouverte. En s'adressant aux cadres, elle s'adresse à la profession et toute la profession doit pouvoir la lire. Les apports des autres sciences sont utiles à la profession mais peut-être faut-il faire attention à ne pas utiliser une phraséologie trop spécifique. J'y vois un risque de creuser un fossé entre quelques cadres, qui appartiendraient à une pseudo-élite, et les autres membres de la profession. Communiquer c'est aussi savoir se mettre à la portée de l'autre, se faire comprendre de l'autre et comprendre l'autre.



**Jean-Pierre CORDIER**

Formateur à l'I.F.M.K. de Nancy. (54)

## ■ MÉMOIRES CADRES

### Les fonctions du Cadre de Santé.

Les réformes initiées, depuis maintenant 10 ans dans le monde hospitalier (loi hospitalière de 1991, ordonnance du 24/04/1996), font entrer les établissements de santé dans une phase d'activité intense.

La procédure d'accréditation dans laquelle les établissements ont dû s'engager est l'aboutissement d'une démarche entreprise pour les inciter à réorganiser les soins autour du concept de qualité.

De plus, en 1995, le gouvernement reformule les diplômes des cadres paramédicaux en un diplôme unique de *Cadre de Santé*, davantage axé sur le management et la gestion en privilégiant un langage commun entre les professionnels. Il stipule dans l'annexe I de l'arrêté du 18/08/1995 qu'il n'autorise pas l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres n'ayant pas la même formation d'origine.

Trois mémoires s'attachent à étudier les fonctions et les missions des Cadres de Santé en kinésithérapie.

• **En 2001, Christophe Bernard** (IFCS de Paris - Croix-Rouge Française) s'attache à définir la fonction du Cadre de Santé dans un contexte sanitaire et social en évolution.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence la situation identitaire professionnelle des cadres au sein de leur établissement en recherchant :

- la confirmation ou non d'un éventuel *écart* entre leur fonction actuelle et celle préconisée par le Ministère (arrêté du 18/08/1995) ;
- les indices en faveur ou en défaveur d'un état de *crise identitaire* (d'après Mucchielli), ainsi que la détermination de son origine.

Trois établissements ont servi de lieu d'enquête : deux grands centres de rééducation (capacités supérieures à 200 lits), l'un public et l'autre privé participant au service public hospitalier, et un hôpital public.

Treize cadres de santé ont été contactés, dix ont accepté de participer à l'étude. Ces différents cadres de santé sont issus de quatre professions différentes (7 CdS kinésithérapeute, 1 CdS orthophoniste, 1 CdS infirmier, 1 CdS médico-technique).

L'outil de recueil est l'entretien semi-directif, la grille d'entretien étant constituée de 8 questions.

Les résultats obtenus sont donnés par objectif.

Objectif n°1 : *la confirmation ou non d'un décalage entre leur fonction actuelle et celle préconisée par le Ministère.*

Si la conception des cadres de leur fonction correspond à l'état d'esprit préconisé par l'arrêté de 1995 (travail transversal en interne et ouverture sur l'extérieur, management d'équipe, gestion du budget matériel, conception de projet, évaluation, études), il n'en demeure pas moins que leur exercice au quotidien demeure identique à leur fonction antérieure aux réformes pour 8 cadres sur 10. Les responsabilités les plus fréquentes sont le planning, les soins et l'encadrement des stagiaires.

Objectif n°2 : *l'existence d'indice en faveur ou en défaveur d'une crise identitaire (d'après Mucchielli), ainsi que la détermination de son origine.*

◇ Pour 9 cadres sur 10, le contenu des entretiens révèle des critères en faveur d'une crise identitaire. Les faits retenus sont :

- un manque de positionnement dans leur établissement : 8/10 se plaignent que leur statut de cadre ne soit défini que par une grille indiciaire, leur fiche de paye ou pas du tout ;
- un manque d'objectif, de thématique, de projet ;
- 6 d'entre eux ont un sentiment de malaise, de non reconnaissance, ou encore des rapports difficiles avec le médecin-chef.

◇ Concernant l'évolution souhaitée de leur fonction de cadre au sein de leur établissement, 8/10 souhaitent clarifier leur missions et les objectifs qui leur sont fixés, et 7/10 leur place par un statut écrit.

◇ La majorité des cadres ne pensent pas avoir la possibilité de faire évoluer leur fonction dans l'établissement que ce soit pour des raisons personnelles ou liées à l'établissement : projets non retenus, descriptions de situations professionnelles bloquées.

En résumé, Christophe Bernard met en exergue le fait qu'il n'y a pas d'adéquation entre le rôle du cadre de santé défini par l'arrêté de 1995 et la pratique professionnelle réelle. En revanche les cadres de santé souhaitent que leur situation soit clarifiée. Ceci passe par une définition des missions et des fonctions des cadres de santé de la part de leur hiérarchie.

• **En 2001, Thierry Halluin** (IFCS de Bois-Larris - Croix-Rouge Française) étudie les particularités de l'encadrement d'une équipe par un Cadre de Santé de profession initiale différente.

Les hypothèses posées sont les suivantes :

- **Hypothèse n°1** : Pour mener à bien le management d'une équipe de profession initiale différente, le cadre de santé doit se reposer sur une communication optimale, sur une confiance dans les qualités professionnelles du personnel et sur une utilisation judicieuse de la délégation. Cette hypothèse est divisée en trois sous-hypothèses (communication, confiance, utilisation de la délégation).

- **Hypothèse n°2** : Après avoir surmonté les premières difficultés de différence de culture, lors de la prise de fonction, il n'existe plus dans un second temps de difficultés spécifiques à ce type d'encadrement.

- **Hypothèse n°3** : C'est la compétence en gestion et en management du cadre qui est attendue par sa direction et par son équipe.

Pour déterminer la validité des hypothèses initiales, Thierry Halluin choisit de conduire ce travail de recherche à partir d'une enquête effectuée auprès de 5 cadres de santé et des décideurs qui ont initié cette situation (Directeur de soins ou Directeur des ressources humaines).

L'outil utilisé est un entretien semi-directif. Deux grilles ont été instaurées. La première, destinée aux cadres de santé est composée de 9 questions, la seconde réservée aux responsables hiérarchiques est constituée de 6 questions.

Les limites de l'étude, énoncées clairement par l'auteur, sont le faible nombre de personnes interrogées et le fait que l'avis de l'équipe encadrée ne soit pas pris en compte.

Voici, quelques exemples de réponse :

◇ Grille d'entretien destinée aux cadres de santé :

- **Question n°3** : *Qu'est ce qui vous a amené à manager une équipe ayant une profession différente de la votre ?* Pour 4 cadres, c'est une demande de la hiérarchie. Un seul répond à une initiative personnelle.

- **Question n°9** : *Comment gérez-vous les attentes d'ordre technique ?* Quatre solutions sont proposées :

- > le référent technique ;
- > le médecin ;
- > l'élaboration de protocoles ;
- > la collaboration avec les autres cadres.

◇ Grille d'entretien semi-directif destinée aux responsables hiérarchiques ayant initié cette situation :

- **Question n°11** : *Qu'est ce qui vous a amené à choisir un cadre de profession initiale différente de son équipe ?* Pour deux décideurs tout cadre est compétent pour gérer une équipe même de profession initiale différente. Pour les deux autres, le choix s'est effectué sur une nécessité de terrain.

- **Question n°15** : *Seriez-vous prêt à renouveler ce type d'encadrement ?* Les réponses sont mitigées : deux décideurs semblent prêts à renouveler l'expérience, alors que les deux autres semblent plus réticents. Pour ces derniers, la situation actuelle correspond plus à une nécessité qu'à une reconnaissance de la polyvalence des cadres.

À l'issue de l'enquête, l'hypothèse 1 est validée : une communication optimale et la confiance dans les qualités du personnel semblent essentielles.

La troisième sous-hypothèse concernant l'utilisation judicieuse de la délégation n'est quant à elle pas validée. En effet peu de cadres ont élaboré des protocoles de délégation, autres que les délégations classiques que sont l'hygiène et la gestion du matériel.

L'hypothèse 2 n'est pas validée. Chaque cadre a été confronté à des difficultés propres au fonctionnement de son service et ces difficultés persistent. La méconnaissance du métier du personnel encadré génère certains obstacles que le cadre devra contourner par des stratégies d'adaptation. Il semble également que les cadres interrogés conservent l'idée d'être des référents techniques, alors que les attentes de la direction sont de l'ordre de la gestion.

L'hypothèse 3 est vérifiée : la direction recherche surtout des compétences en management et en gestion.

**En résumé**, Thierry Halluin insiste sur le fait que même si l'encadrement d'une équipe de profession initiale différente n'est pas autorisé par la loi (arrêté de 1995), il n'en demeure pas moins vrai que cette situation est favorisée par deux facteurs :

- la demande des directions qui privilégient les qualités de management et de gestion au détriment des aspects techniques ;
- la formation commune aux différents cadres de santé qui homogénéise les acquis.

Il serait cependant intéressant de confronter ces résultats avec l'avis de l'équipe encadrée et des patients sur la qualité des soins.

• **En 2001, Brigitte Perrin** (IFCS de Paris - Croix-Rouge Française) intitule son travail de recherche "*Le cadre pour un patient : tout un projet!*".

Son objectif est d'aborder la place du patient au sein d'un service de rééducation au travers de trois opinions :

- celle du patient ;
- celle des thérapeutes en charge du patient ;
- celle des cadres qui managent l'équipe.

L'étude se situe dans un service de rééducation en neurologie pour adulte.

L'hypothèse que pose Brigitte Perrin est : le cadre de santé est un tiers qui détermine les conditions à réunir pour que le projet du patient soit réfléchi et puisse s'inscrire dans l'action. L'outil utilisé est un entretien semi-directif. La grille d'entretien repose sur 5 questions déclinées pour le patient, le thérapeute et le cadre. Quatre trinômes constituent la population.

Il est à noter que seuls les ergothérapeutes ont été volontaires pour l'étude, les kinésithérapeutes sollicités ayant tous déclinés la demande. L'exploitation de la grille d'analyse a été réalisée grâce à trois critères :

- le projet du patient ;
- le mode d'expression du projet afin que les soignants puissent l'entendre ;
- les actions qui en découlent au sein du service de rééducation.

Les résultats obtenus par critères sont :

◇ Pour le projet du patient :

Celui-ci est majoritairement axé, pour les patients, sur la demande d'explications concernant leur pathologie, le désir de récupération, la sortie, le retour à domicile et l'autonomie. Sont également fréquemment évoquées les activités antérieures.

Les thérapeutes (tous ergothérapeutes) mettent l'accent sur l'autonomie et le retour au domicile.

Les cadres (tous kinésithérapeutes) insistent sur le désir de récupération, la sortie, le retour au domicile et d'autres souhaits formulés par le patient comme l'écoute, la résolution de conflit ou des attentes plus matérialistes concernant l'hôtellerie.

◇ Pour l'expression des projets :

À la question "*vous demande-t-on votre avis ?*" ou "*demandez-vous l'avis du patient?*", les réponses recueillies s'opposent : les patients et les cadres ont répondu par la négative au contraire des thérapeutes.

◇ Pour les actions qui découlent des souhaits du patient :

Des réunions réalisées sans le patient ont lieu pour fixer leur planning de travail et les moyens qui peuvent être mis en oeuvre pour répondre à leurs attentes. Toutes les personnes consultées s'accordent pour préciser que des échanges ont lieu entre les différents intervenants, ce qui permet d'établir un projet thérapeutique avec des objectifs fixés par ordre de priorité.

La réadaptation à travers les visites à domicile et les aménagements sont clairement identifiés par tous. L'accompagnement des familles en vue du retour à domicile peut être proposé par les ergothérapeutes dans la continuité de la réadaptation. Tous les interviewés insistent sur la nécessité de "liant" dans les actions réalisées au sein du service.

**En résumé**, Brigitte Perrin insiste sur le rôle transversal de coordination du cadre de santé afin que les équipes paramédicales puissent se rencontrer, en présence des patients, pour élaborer le projet thérapeutique inter-disciplinaire issu du projet du patient.

• **En conclusion**, la réunification et la reformulation des diplômes de cadre de santé réalisées par le gouvernement en 1995 axent les compétences des cadres de santé sur le management et la gestion, tout en privilégiant un langage commun entre les professionnels.

Avec un recul de 6 ans, il semble persister un décalage entre les fonctions présentes des cadres de santé kinésithérapeutes et celles préconisées par les textes.

L'évolution progressive des besoins des structures de santé, notamment dans la démarche d'accréditation, devrait nous permettre d'exercer nos potentialités en adéquation avec l'institution et les textes dans une volonté commune d'amélioration de la qualité des soins.

#### **Nota Bene :**

• **En 2001, Catherine Carfantan** (IFCS de Strasbourg) intitule son étude "*La polyvalence des cadres de santé : fiction ou réalité*". Ayant reçu l'information tardivement, je n'ai pu à mon grand regret synthétiser cette étude. Vous pouvez contacter Mme Schmitz, Directrice de l'IFCS, pour tout renseignement complémentaire.



**Aude QUESNOT,**  
Responsable de la Chronique.  
boislarris.crf@wanadoo.fr

## ■ Cadrekine.net

### Les projets de formation sur Internet.

Un des enjeux d'Internet est l'apprentissage en ligne. Si le web doit avoir un rôle social, c'est certainement celui-là.

L'idéal serait de mettre en place un programme de formation accessible à tous, 24 heures sur 24, adapté sur mesure à l'étudiant, et en plus gratuitement...

Eh bien, c'est déjà le cas dans beaucoup de domaines. Pour la santé, les programmes de formation se développent soit à titre individuel soit au sein d'associations professionnelles. Nous allons ici présenter quelques adresses typiques.

En ce qui concerne l'éducation du patient le Ministère de la santé propose des actions à développer ([http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/edu\\_sant/index.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/edu_sant/index.htm)). Ces pages sont très orientées vers l'éducation du patient, une priorité politique... À vous de voir pour vous lancer !

Au niveau européen, le programme *Leonardo da Vinci* (<http://www.leonardo-france.org/>) propose d'organiser des actions avec l'union européenne pour développer l'enseignement via Internet.

Un projet traitant du handicap est en cours. Vous pouvez découvrir ce projet en suivant les indications du site <http://www.modaspectra.ee.unian.it/>. Des appels à projets et à candidats sont ouverts sur le programme *Leonardo da Vinci*, si vous êtes tentés, foncez.

L'Amérique du Nord propose des sites conçus par des Universités. Dans ces sites, l'aspect pédagogique est très développé. Prenez un peu de temps pour les visiter et vous aurez un aperçu des possibilités de présentation d'un site web de formation. Pour <http://www.orthop.washington.edu/>, vous verrez comment l'Université communique avec les patients. Il y a différentes photos et des explications. Des vidéos sont également à télécharger ce qui prend un peu de temps, mais certaines montrent la mobilité de l'épaule, du coude, du poignet sous radioscopie. Impressionnant.

Pour <http://uriic.uqat.quebec.ca/>, vous verrez un site très simple à utiliser et riche de contenu. C'est un modèle très intéressant dans la navigabilité et la présentation des informations. Nous sommes bien loin des pages de textes de certains sites...

Pour ceux qui possèdent une connexion Internet rapide et qui savent bien se débrouiller avec les téléchargements de *plug-in*, allez visiter le site français (<http://www.muscript.com>). Il reprend des présentations de congrès. Ainsi les diapositives sont présentées dans l'ordre que vous voulez et avec le commentaire sonore ! On croit rêver, bientôt nous assisterons aux congrès de chez soi et on enverra ses questions par E-Mail à l'intervenant. Les temps changent vite, non ?

Dans certains cas, Internet aide les étudiants à préparer les concours d'entrée dans les instituts de formations (<http://www.formationconcours.com/>). Par moment, le web aide un peu trop les étudiants. À l'Université de Berkeley (on n'y compte plus les prix Nobel), en face de San Francisco, les enseignants ont été obligés de concevoir des logiciels à reconnaissance de mots-clés car les étudiants effectuaient des "copier-coller" de thèses issues de base de données. Plus rien n'était personnel, mis à part la mise en page du document.

Qui dit qu'en France les étudiants de certaines écoles ne s'échangent pas leurs rapports de fin d'année ? Quel procédé utilisons-nous pour le vérifier ? Un étudiant malin peut diffuser en quelques minutes un travail à des dizaines de personnes... Et s'il le souhaite, il peut mettre en contact des personnes...

Aux enseignants de s'adapter à la technologie, car les étudiants sont les premiers à utiliser ces technologies.

Les *mailing-lists* en sont un exemple flagrant. Ces listes permettent à un groupe de personnes de soumettre à l'ensemble du groupe des questions et des réponses sur des sujets variés. En France ce sont les étudiants qui les manient le plus, où sont les *mailing-lists* des enseignants ?

Il existe des *mailing-lists* en anglais où communiquent des kinés ou des thérapeutes manuels du monde entier. Si vous voulez vous abonner, allez sur <http://www.jiscmail.ac.uk/> puis vous allez sur - P - pour *Physio* ou sur - M - pour *Manual therapy*.

L'utilisation d'Internet dans les sciences de l'éducation se développe plus rapidement que nous ne pouvons l'imaginer. Aux professionnels de maîtriser les outils informatiques pour suivre cette révolution en marche et mettre en route des projets concrets.



**Pierre TRUELLE,**  
Responsable de la Chronique.

## DOCUMENTATION



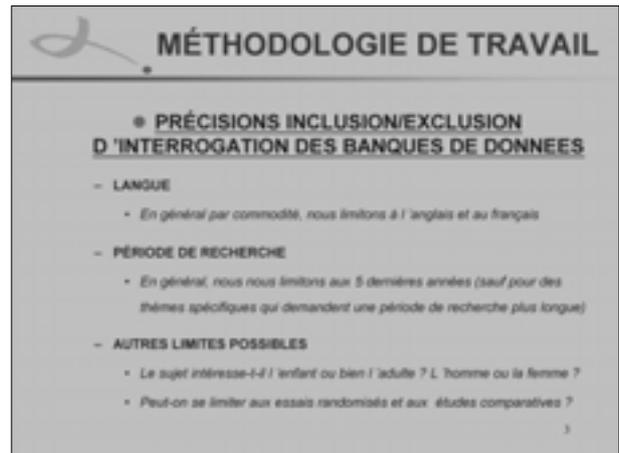
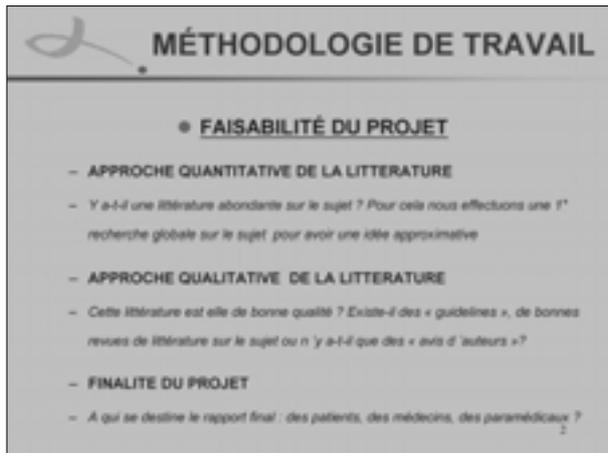
### La recherche documentaire.

Je vous présente en quelques phrases le déroulement d'une recherche documentaire telle qu'elle se déroule au sein de notre service documentation. Cette recherche s'effectue toujours en étroite collaboration avec le chargé du projet afin de l'aider à

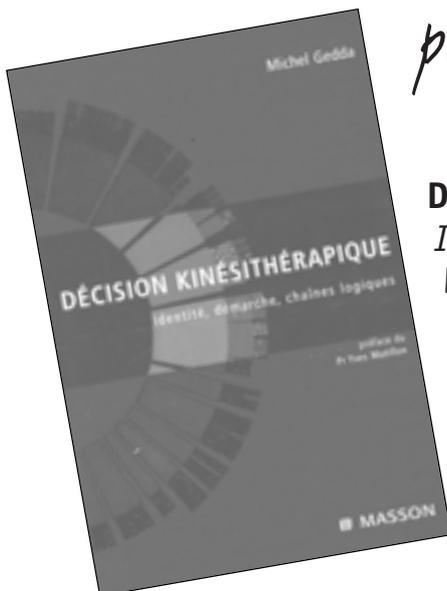
réaliser un travail de qualité et dans les meilleures conditions possibles.



**Emmanuelle BLONDET**  
Responsable de la Chronique.  
e.blondet@anaes.fr



Un ouvrage novateur élaboré  
par près de 300 professionnels



**Décision kinésithérapique**  
*Identité, démarche, chaînes logiques*  
MICHEL GEDDA

2 294 00434 5  
320 pages  
29 €

- une modélisation de la décision kinésithérapique valorisant la participation du patient ;
- l'inventaire détaillé et organisé du champ d'intervention de la kinésithérapie ;
- 400 chaînes logiques selon le modèle suivant :  
**anomalie de structure ou dysfonction**  
→ objectifs → moyens.

Pour commander cet ouvrage :  
Éditions Masson – 120, bd Saint-Germain – 75272 PARIS Cedex 6

**MASSON**

## MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

- **ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE DOCUMENTAIRE**
  - ÉTAPE DYNAMIQUE ET ÉVOLUTIVE EN COLLABORATION AVEC LE CHARGÉ DE PROJET :
    - choix des mots-clés à utiliser pour l'interrogation des banques de données
    - choix des banques de données spécifiques si besoin
  - IDENTIFICATION DES DOCUMENTS DE BASE SUR LE SUJET :
    - recommandations (guidelines) et conférences de consensus
    - méta-analyses, revues de littérature
    - décisions médicales



\* À la demande du chargé de projet, nous pouvons effectuer également des recherches sur des aspects précis du sujet

\* Des mises à jour régulières sur le sujet sont faites

## OUTILS

- **BANQUES DE DONNÉES SPÉCIFIQUES EN KINÉSITHÉRAPIE**
  - AMED Allied and complementary medicine database (payante)
    - [portico.bl.uk/services/stb/amed.html](http://portico.bl.uk/services/stb/amed.html)
  - REEDOC (gratuite)
    - [www.reedoc.irs.u-nancy.fr/reedoc/](http://www.reedoc.irs.u-nancy.fr/reedoc/)

## OUTILS

- **BANQUES DE DONNÉES GÉNÉRALES**
  - MEDLINE (gratuite)
    - [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query)
  - EMBASE (payante)
    - [www.embase.com](http://www.embase.com)
  - PASCAL (payante)
    - [www.inist.fr/pascal/](http://www.inist.fr/pascal/)

## OUTILS

- PeDRO (gratuite)
  - [ptwww.cchs.usyd.edu.au/pedro/](http://ptwww.cchs.usyd.edu.au/pedro/)
- NARIC 'S REHABDATA (gratuite)
  - [www.naric.com/naric/search](http://www.naric.com/naric/search)

## OUTILS

- BDSP Banque de Données de Santé Publique (payante)
  - [www.bdsp.tm](http://www.bdsp.tm)
- COCHRANE LIBRARY (payante, les abstracts sont gratuits)
  - [www.update-software.com/abstracts/](http://www.update-software.com/abstracts/)
- National Guideline CLEARINGHOUSE (gratuite)
  - [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
- INAHTA DATABASE (gratuite)
  - [www.inahta.org](http://www.inahta.org)

## EXEMPLE DE RECHERCHE

Prise en charge kinésithérapique de la lombalgie

INTERROGATION DE MEDLINE  
RECHERCHE « SAUVAGE »

- Back pain (dans le titre) ET
- Physiotherapy (en texte libre)  
Recherche structurée (avec Thésaurus)
- Back pain OU Low back pain
- ET
- Rehabilitation (en subheading)
- Physical therapy (exploré ?)



## ■ LA QUESTION NAÏVE

*Valider scientifiquement nos actions :  
l'objectivité est-elle la vérité ?*

## PARCOURS D'UN CADRE KINÉ

Fabien CAVAREC

31 ans

Marié, 2 enfants

Formateur à l'I.F.M.K.  
de Besançon (25)

M.K.D.E. en 1991

C.S.K. en 1999



### Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis diplômé de Masso-Kinésithérapie de l'école de Dijon en 1991. J'ai fait quelques remplacements en libéral. Ensuite, j'ai fait le choix de travailler en hôpital, surtout pour le type de patients et la relation de soin qui était plus conforme à ce que j'attendais.

Après cinq ans au C.H.U. de Dijon, je suis parti pour la région parisienne. J'ai passé un an à l'AP-HP, à l'hôpital Paul Brousse dans le 94. Puis, j'ai intégré l'école des cadres de la Croix-Rouge, à Paris dans le 8<sup>ème</sup>.

Au sortir de l'école, j'ai trouvé un poste d'encadrement au Centre Hospitalier d'Autun, en Saône-et-Loire, pendant un an et demi. Je suis ensuite arrivé à l'école de kiné de Besançon où je suis en poste depuis mars 2001, donc c'est tout récent.

### Qu'avez-vous appris durant votre année et demi d'encadrement hospitalier ?

J'ai appris que concernant l'encadrement de proximité, il était absolument fondamental d'être soutenu par... au moins les

dirigeants de l'établissement. La légitimité du cadre de proximité se fonde sur plusieurs bases dont la plus fondamentale est cette intention de la direction d'un établissement d'avoir un encadrement de proximité et de lui confier des missions précises. Et sans cela, il n'y a pas d'encadrement possible.

Je pense que la légitimité du cadre peut être aussi issue du groupe professionnel dans lequel il opère. Ceci étant dit, cette légitimité ne peut exister que lorsqu'on a un passé étoffé dans cette équipe et lorsqu'on émerge alors comme leader du groupe dans lequel on a travaillé. À ce moment là, le rôle du cadre peut être un rôle quasi "syndical" au sens où il n'est plus forcément un moteur du projet institutionnel mais plutôt le représentant du groupe duquel il émerge.

### Pourquoi passer de l'encadrement à l'enseignement ?

Mes envies, lorsque je suis entré à l'école des cadres, étaient de faire plusieurs choses à la fois : c'est-à-dire notamment de l'enseignement, de l'encadrement et de la recherche. C'étaient les trois points de mon projet professionnel.

Lors de l'école des cadres, j'ai fait une sorte d'étude de marché rapide avec une vision assez pragmatique en me disant : "quel emploi après cette école de cadres ?". Et je me suis rendu compte que je trouverai plus facilement des postes de cadre que d'enseignant. Alors je me suis plutôt penché là-dessus, notamment pour mon mémoire, puis j'ai trouvé par opportunité heureuse un poste d'encadrement.

Mais ce poste d'encadrement s'est révélé dans la pratique très difficile. L'environnement et à la fois mes réactions à cet environnement ont fait que c'est devenu quasiment impossible à gérer et c'est la raison pour laquelle j'ai préféré m'en aller.

Une autre opportunité a été l'école de Besançon, et là, pour le coup, je sens que c'est quelque chose que j'aime beaucoup. Enfin ici ça se passe très très bien, et finalement on peut dire que si je suis passé de l'un à l'autre, c'est parce que j'avais envie de faire les deux.

Et puis aussi, je crois que c'est pas un choix délibéré, quoi... Je sais que cette idée, cette pensée, n'est pas très très désirable socialement, mais il se trouve que dans mon cas, ce sont plus les événements qui ont influencé mon parcours que moi qui ai choisi véritablement ce parcours.

### Quel est le plus difficile à gérer : les professionnels ou les étudiants ?

En fait, j'ai du mal à répondre de manière générale à cette question parce que, pour moi, professionnels ou étudiants finalement, ce sont des personnes équivalentes. À mon sens, c'est le contexte dans lequel j'ai abordé les uns et les autres qui a fait qu'il y a véritablement un rapport très différent.

Dans un cas, ma légitimité était très peu affirmée et il y avait des relations professionnelles difficiles ; c'est la raison pour laquelle il m'a été impossible de manager une équipe de kinés dans la situation dans laquelle je me trouvais. Ici, au contraire, j'ai été très bien accueilli par l'équipe pédagogique : j'ai tout de suite été considéré comme enseignant. Ma parole a donc un sens vis-à-vis des étudiants, une portée qu'elle n'avait pas avant. C'est la raison pour laquelle ça me paraît beaucoup plus facile de manager des étudiants, à l'heure actuelle, que n'a été... enfin que de manager des professionnels.

### **En Kinésithérapie, qu'est-ce qui est le plus difficile à enseigner ?**

Ce qui est le plus difficile, c'est d'arriver à faire comprendre, à faire s'approprier aux étudiants, le fait que la réalité du patient est primordiale par rapport à ce qu'on attend de son tableau clinique. C'est-à-dire que, bizarrement, il est difficile de comprendre : "*ce que vous avez en face de vous, ce sont des patients humains, et ils apportent avec eux un certain nombre de difficultés, et que ces difficultés, ce qu'on voit dans la réalité est primordial par rapport à ce qu'on imagine, au syndrome attendu*".

Le patient, ce n'est pas qu'une application du cours ou des syndromes. Au contraire, ce sont les signes qu'on va pouvoir reconnaître chez ce patient et qui peuvent, ou non parfois, se placer dans les syndromes. Et ce n'est pas parce qu'ils n'entrent pas dans les cases qu'ils sont hors champ de compétence, même pour le kiné.

La deuxième chose, c'est cette capacité que doit avoir, à mon sens, le kinésithérapeute à faire des allers et retours entre un point de vue très *microscopique*

qu'il a traditionnellement, c'est-à-dire une approche analytique, par exemple de mobilisation passive, d'examen articulaire... et puis une approche beaucoup plus *macroscopique* où il serait judicieux - et tout le monde le fait en pratique - de replacer le patient dans un contexte environnemental matériel, social ou familial et de faire en permanence cet aller-retour pour avoir une vision la plus juste possible au travers d'une grille de lecture kinésithérapique.

Pour moi, c'est le fondement du *diagnostic kinésithérapique*, par exemple, que d'arriver à mettre ensemble des visions très pointues, très précises, très analytiques et une optique plus large, je ne dirais pas *plus globale*, parce que c'est un mot un peu galvaudé à force... mais plus écologique, davantage situé dans un environnement. Ça, c'est très très difficile de faire passer cette vision duelle.

### **Et que pourrait-on faire pour améliorer la Kinésithérapie ?**

Concernant la Kinésithérapie et même le Soins en général, le seul petit constat que je peux faire, c'est qu'il y a, d'un point de vue politique, de la part des financeurs, une volonté de contrôler les dépenses de Santé et de savoir pourquoi on fait telle ou telle dépense, c'est-à-dire de contrôler la Santé économiquement. Ainsi, de plus en plus, on demande aux acteurs de Santé de rendre des comptes de ce qu'ils font ; ils deviennent responsables de leurs actes devant la collectivité.

C'est la raison pour laquelle on a terriblement besoin en kinésithérapie de tout un arsenal de savoirs, de titres, de compétences, qui seraient capables de répondre à la demande : "*Donnez-nous des preuves de votre utilité, donnez-nous des gages de vos capacités*", des choses comme ça...

Pour ça, il faut que la profession devienne de plus en plus autonome, c'est-à-dire se détache progressivement de l'emprise médicale et s'approprie d'autres savoirs scientifiques universitaires. En fait, je pense que la kinésithérapie doit se rapprocher au maximum de l'Université.

### **Mais l'autonomie ce n'est pas que le savoir, il y a aussi la responsabilité...**

Tout à fait, l'autonomie induit la responsabilité ; nous devenons autonomes, nous sommes chargés de rendre compte de ce qu'on fait. Ne soyons plus sous couvert de la responsabilité médicale.

La responsabilité médicale doit s'estomper et laisser à la Kinésithérapie une grande marge de manœuvre concernant les décisions thérapeutiques. Le kinésithérapeute doit pouvoir choisir, être responsable de ses actes. C'est pour cela qu'il faut engager une réflexion à propos du lien qui nous unit à la Médecine.

J'ai la sensation qu'on ne pourra pas devenir autonomes et responsables dès l'instant où tout à chacun, kinésithérapeute ou autres, continue de penser que la Kinésithérapie est une technique paramédicale, c'est-à-dire posée autour de la Médecine, avec toujours la Médecine comme référence. Essayons de penser ce lien avec la Médecine dans le sens d'un certain détachement.

Ceci dit, on ne peut pas s'en détacher complètement : il va falloir garder un langage commun et beaucoup d'autres choses communes ; et c'est normal parce qu'on fait partie des professions de santé.

Mais on a vraisemblablement largement intérêt à prospecter d'autres sciences que la Médecine. Je pense notamment à la Psycho-

logie, à la Sociologie et même, pourquoi pas, à l'Économie pour penser nous-même nos techniques et nos façons de voir.

Ces sciences ont développé toute une batterie de tests d'évaluation, de mesures et de concepts qui introduisent par exemple certaines notions de subjectivité qui nous font défaut.

On s'enferme à vouloir rester beaucoup trop biologique. On n'arrivera jamais à prouver la validité de nos techniques si on reste sur une voie purement biologique.

Donc autant se diriger directement vers d'autres sciences, validées celles-ci : il ne s'agit pas d'ésotérisme.

Ces autres sciences peuvent nous aider à acquérir une certaine autonomie dans l'accumulation de connaissances, vers une Kinésithérapie universitaire, en fait.

### **Quelles sont vos perspectives personnelles en termes de déroulement carrière ?**

Dans le même ordre d'idées, je pense essayer de continuer dans la recherche de connaissances, de réflexions dans des domaines qui m'attirent.

Je pense notamment essayer de poursuivre autant que je pourrais un cursus universitaire, si c'est possible en pratique, parce qu'on ne peut pas non plus tout faire dans sa journée !

### **Dans quelles directions plus précisément ?**

Dans une direction qui justement m'éloignerait de modèles biomédicaux stricts et qui me rapprocherait peut être un peu plus de modèles qui concernent les sciences humaines, sans m'éloigner non plus de la Kinésithérapie, pour pouvoir faire la jonction, le lien entre les deux, ce qui serait idéal.

En tous cas, je crois fermement à l'intérêt, voire au caractère indispensable, de l'Université et du cursus universitaire pour la Kinésithérapie.

Concernant mon avenir professionnel, je dois aussi parler de la révélation que j'ai eue en arrivant ici à l'école de Besançon : c'est un boulot qui me plaît énormément.

Moi, j'ai changé cinq fois d'activité ces cinq dernières années. Et là, je me retrouve dans une situation où je suis vraiment très bien, où j'ai envie de faire beaucoup de projets, chose qui ne m'était pas arrivée depuis un petit moment.

Mon projet à long terme, c'est plutôt m'installer dans cette école, voilà... d'être de plus en plus intégré, de pouvoir réaliser un certain nombre de choses ici, et à long terme.

*Entretien : Michel GEDDA*

## FORMATION



**Richard GOUARNÉ**

Directeur,  
I.F.M.K. de Poitiers

### L'agir professionnel.

Prendre la responsabilité de la rubrique *Pédagogie de La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute* à la suite de Béatrice Chapin et de Pascale Jaillard est sans aucun doute un défi difficile à relever. En effet, la qualité de leur travail a permis des lectures intéressantes et riches de réflexion. L'objectif de nos consœurs était de donner la parole aux acteurs concernés par des problématiques de Formation, peu importe leur milieu d'exercice ou leur positionnement institutionnel.

Cet objectif doit à mon avis demeurer. Toute profession - et en particulier en ce moment les professions de santé - interroge, outre ses pratiques professionnelles, son processus de formation et ses stratégies pédagogiques. Cette épistémologie de la profession est essentielle car il en va de son statut et de sa reconnaissance sociale.

En ce qui concerne la Kinésithérapie, c'est la diversité des déclinaisons possibles des ingénieries de formation initiale ou continue qu'il est intéressant d'explorer dans la transmission de notre art. Mais pas uniquement de manière conceptuelle avec un discours (certains disent un *blabla*) théorico-théorique emprunté aux universitaires en vogue, mais plus par une approche pratico-pratique de ce qui se fait réellement sur le terrain de l'action.

Il devient nécessaire, sinon urgent, d'écouter ce que les autres ont à nous dire, à nous *cadres de santé*, qui sommes censés penser la formation en impliquant tous les acteurs praticiens du soin et/ou de l'enseignement. Car ne l'oublions pas : la mise en action de concepts et de théories (je pense à la formation en alternance par exemple ou encore à la démarche professionnelle par diagnostic) a une dimension sociologique et participe à la construction de l'identité professionnelle du M.K.. Le pédagogue tout comme le M.K. sont des praticiens de terrain préoccupés par l'efficacité ou l'efficacité de leurs actions. C'est pour toutes ces raisons qu'il faut soutenir l'idée que l'entrée d'une réflexion sur la pédagogie doit se faire (aussi) par l'analyse des pratiques professionnelles.

Certains prétendent que l'avenir de la Kinésithérapie n'est certainement pas dans les sciences molles telles les sciences humaines ou de l'éducation. Je pense au contraire qu'elles peuvent (et doivent) participer au fondement

de notre art, de son apprentissage et de son évolution. On ne peut imaginer la compétence d'un M.K. réduite à sa dextérité technique et passer à la trappe le fait qu'il sache apprendre, qu'il sache parler, écrire, analyser, communiquer, gérer, être créatif, qu'il sache chercher et trouver, qu'il sache soigner l'autre, qu'il sache enseigner, former accompagner... Toutes ces compétences ne sont pas innées ou réservées à une élite de la profession. Il s'agit de compétences collectives qui se construisent dès la formation initiale, avec des moyens pédagogiques et de la théorisation de l'expérience.



Hélas, comme le soulignent certains auteurs, la compétence n'est pas totalement visible ; tout comme l'iceberg, sa plus grande partie est immergée et on parle de savoir tacite ou de savoir en action (*knowing in action*) ou encore de savoir caché.

La transmission d'un métier ne peut plus se contenter d'un enseignement à partir des savoirs, savoir-faire ou savoir-être explicites. Donald A. Schön, dans ses recherches en éducation [1], s'est particulièrement intéressé à l'analyse des pratiques professionnelles comme celles d'enseignants ou de soignants (il a réalisé une étude avec des thérapeutes auprès de handicapés physiques). C'est ainsi qu'il propose de sortir de la rationalité technique qui place l'action aux ordres de la technique et des méthodes, pour partir des pratiques réelles des professionnels en action afin de les analyser avec eux. Confronté à une situation non routinière de travail, il ne s'agit plus pour le professionnel ou l'apprenant, selon A. Geay [2], de savoir *résoudre un problème* mais de savoir *poser le problème*. La différence n'est pas mince. En kinésithérapie, le soin, la formation d'une personne, devraient appartenir à cette démarche réflexive.

C'est donc aussi sur ces travaux de chercheurs que je m'appuie pour soutenir l'idée de l'intérêt que nous aurions à échanger autour de notre quotidien de pratique, que l'on soit cadre enseignant, cadre soignant, cadre chercheur, cadre de l'action humanitaire...

*La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute* doit demeurer une opportunité pour échanger à propos de nos expériences réelles, de nos histoires de vie professionnelles. Je me propose par cette rubrique d'en être le médium, au sens d'intermédiaire, afin de mettre en valeur ce qui correspond à la *métis* des grecs antiques, c'est-à-dire à cette intelligence pratique "*de la débrouillardise ou de la combine*" sur les thèmes très larges et non restrictifs de la pédagogie, de la formation, de la didactique ou de l'épistémologie liés à notre art : la Kinésithérapie.

### Références

1. Donald A. Schön in Jean Marie Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Puf;1996, pp.201-22.
2. Geay A. *École de l'alternance Interdisciplinarité et complexité. Actualité de la Formation Permanente N°171;2001, p.12.*

# ■ DÉCOUVERTE

**Gérard PIERRON,**  
Président du Groupe Descartes

## **Certificat d'expert en sciences et techniques appliquées à la kinésithérapie (CESTAK).**

### **OBJET**

Le CESTAK développe les compétences de praticiens dans les domaines du *savoir-concevoir*, du *savoir adapter*, du *savoir-innover*, du *savoir faire-savoir* en plus d'un *savoir-faire* toujours à parfaire.

Cette formation forme des praticiens 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 démarche diagnostic ;
- d'assurer la formation clinique des étudiants.

Cette formation intègre, en outre, les contraintes économiques actuelles et présente donc :

1. une **durée** calculée au plus juste en fonction des objectifs pédagogiques ;
2. une **organisation** permettant :
  - une perturbation minimum des services de rééducation d'où sont issus les participants ;
  - à de jeunes confrères motivés d'accéder à la formation à partir d'un temps partiel, de fonctionnement intérimaire ou de RTT ;
  - aux confrères libéraux de poursuivre leur activité professionnelle en parallèle à la formation ;
3. le **regroupement des formations** sur 2 sites (Nord et Sud) afin de maîtriser les coûts de revient et de gérer le flux des candidats.
4. une **volonté** forte de la profession.

Ces impératifs déterminent les grandes lignes du programme et de sa planification gérés par un organisme formateur spécifique et indépendant.

### **GROUPE DESCARTES**

Quatre organismes formateurs, réunis en association de type loi 1901, forment le groupe Descartes : les IFCS de Bois-Larris et Montpellier, l'INK et l'ONREK.

Cette association a pour but de créer et gérer un enseignement adapté à la formation, la recherche, la production et la promotion de nouveaux outils technologiques en kinésithérapie. Pour cela elle se donne tous les moyens de promotion de la Kinésithérapie.

### **ORGANISATION**

Le Groupe Descartes assure, totalement et en toute indépendance, la gestion administrative, financière, pédagogique de cette formation.

L'organisation pédagogique des enseignements est confiée sous forme de sous-traitance à l'IFCS de Montpellier pour le Sud de la France et à l'IFCS "Bois-Larris" pour le Nord. L'administration des inscriptions et des financements est assumée par l'INK et l'ONREK.

Ce dispositif garantit la cohésion des orientations des enseignements et la pérennité de la formation.

### **PÉDAGOGIE**

Cette formation ne se propose en aucun cas :

- d'imiter nostalgiquement la formation MCMK ;
- de réviser la formation initiale ;
- de se spécialiser dans un secteur particulier.

Cette formation veut former les penseurs, les concepteurs et créateurs de la rééducation de demain, indispensables à la pérennité et à l'évolution de la profession.

Le contenu est construit autour de 3 axes majeurs :

- **Découpage du champ des sciences** fondamentales et médicales connexes de la rééducation en 4 unités à partir d'une analyse systémique de l'homme :

1. *production de mouvements et gestes* liée à l'appareil ostéo-musculo-articulaire (anatomie, biomécanique) ;

2. *commande et régulation* liées aux fonctions cognitives (neuro-sciences, sciences cognitives) ;

3. *approvisionnement et épuration* liés à l'énergétique (physiologie du métabolisme) ;

4. *communication, information, flux* liés à la transmission neuronale, hormonale (biophysique du neurone, neuro-végétatif).

- **Processus et procédures** de diagnostic et techniques thérapeutiques, du versant conceptuel à la réalisation pratique.

- **Outils et méthodes d'exploration**, d'évaluation, de production et de transfert du savoir.

## MÉTHODE

L'intense *implication* des stagiaires par un dispositif planifié de réponses commentées, argumentées, vérifiées aux questions, favorise l'ouverture, la plasticité intellectuelle indispensables à l'innovation.

La progression par *questions-réponses* constitue l'ossature de la formation, elle s'inspire de la méthode d'apprentissage par problème et s'applique aussi bien aux démarches de bilans, d'évaluations, de diagnostics ainsi qu'aux démarches thérapeutiques. Un apprentissage tutoré est retenu pour des compléments d'information dans certaines disciplines (méthodologie, sciences cognitives).

La formation dure 18 mois alternant travail personnel en E-Learning et 8 regroupements d'une semaine.

Le travail personnel, à base de recherches documentaires, complémentaires des informations fournies par l'équipe pédagogique sur le réseau E-Mail, induit une réflexion approfondie pour rédiger les réponses aux questions adressées à chaque participant (360 h).

Les regroupements permettent de restituer et présenter les travaux réalisés à l'occasion de discussions, rectifications, démonstrations, synthèses. Ils favorisent l'acquisition de méthodes de recherche et d'expression. Ces présentations évaluées permettent aussi le contrôle du suivi de chaque participant (280 h).

L'élaboration et la rédaction d'un mémoire de recherche finalise la formation. Ce travail réalisé à partir des pratiques professionnelles permet d'alimenter la mémoire de la profession, d'évaluer ses pratiques et de préciser les critères et indicateurs de qualité pertinents en kinésithérapie. Chaque participant dispose d'un tuteur régional issu du pool des anciens élèves des écoles de cadres ou d'un pool d'expert répertorié (200h).

## ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE

L'équipe pédagogique est composée de professionnels experts de la rééducation : médecin, kinésithérapeute cadre responsable d'un service ou ayant une charge d'enseignement, une activité de recherche et de publication.

Commune aux 2 sites de regroupement, l'équipe pédagogique est construite en deux cercles :

- **1° cercle** : formateurs très compétents qui constituent le noyau dur pour élaborer le recueil de questions constituant l'ossature de la formation, préparer les consignes, répondre aux questions des participants et animer les regroupements ;

- **2° cercle** : tuteurs de mémoire qui fournissent aussi des questions alimentant ainsi la banque.

## ÉVALUATION

Le dispositif de formation s'établit selon 2 orientations :

- évaluation de la formation **par les participants** à l'issue de chaque regroupement selon des indicateurs de satisfaction, de transferrabilité et d'utilisation professionnelle des acquis, la durée de 18 mois permet cette rétro-information ;

- évaluation de la plus value **au sein du service** de santé :

◇ participation à l'évolution scientifique et technique de la profession ;

◇ participation à la formation des confrères, des étudiants en stages cliniques et de l'accueil des futurs praticiens (dans l'optique de l'éventuel stage à l'issue du diplôme avant l'installation) ;

◇ évaluation de l'amélioration de la qualité des soins et de la communication avec les prescripteurs, les autres partenaires soignants et les caisses.

PROCHAINEMENT QUELQUE-CHOSE D'INTÉRESSANT À LIRE

*Quand l'écrirez-vous ?*

Tout ce qui n'est pas donné est perdu.

## PROGRAMME ET CONTENU DES REGROUPEMENTS

### **Semaine 1 : Méthodologie et outils de communication et de recherche**

Méthodologie d'analyse, d'exploration, de traitement de réponses aux questions.

Méthodologie de recherche et d'évaluation.

Recherche documentaire via Internet, détermination du niveau de crédibilité des informations.

Technique de rédaction et de présentation des réponses aux questions.

### **De la semaine 2 à 8 :**

Présentation, discussions, évaluations et synthèses des questions portant sur les données issues des sciences fondamentales permettant :

- la justification des techniques kinésithérapiques, biomécanique, physiologie, physiopathologie ;
- la conception de traitements et techniques utilisables ;
- l'élaboration de diagnostics kinésithérapiques précis et fiables.

### **Semaine 2 :**

Sciences et techniques de rééducation liées à l'appareil locomoteur, os, cartilage, tissu péri-articulaire, tendons, muscles, peau (1<sup>ère</sup> partie : membres).

### **Semaine 3 :**

Sciences et techniques de rééducation liées à l'énergétique (1<sup>ère</sup> partie) :

- hématoxémie et pathologies pneumologiques ;
- affections cardio-vasculaires : conséquences et traitements ;
- affections nutritionnelles : conséquences et traitements.

### **Semaine 4 :**

Sciences et techniques de rééducation liées aux troubles de la conduction neuronale, des systèmes neurovégétatifs, hormonal.

Place de la physiothérapie, base physiologique, indications, limites.

### **Semaine 5 :**

Sciences et techniques de rééducation liées à l'appareil locomoteur (2<sup>ème</sup> partie : rachis, tête).

### **Semaines 6 :**

Sciences et techniques de rééducation liées aux pathologies de la commande, de la régulation motrice et posturale, des fonctions supérieures.

### **Semaine 7 :**

Sciences et techniques de rééducation liées aux pathologies néphro-uro-génitales.

Sciences et techniques de rééducation liées aux pathologies de la commande (fin).

### **Semaine 8 :**

Sciences et techniques de rééducation liées aux troubles de communication neuro-végétative, place des réflexo-thérapies (fin).

Techniques de transmission de l'information, la boîte à outils du formateur (fin).

## CONTENU DES HEURES DE TRAVAIL PERSONNEL E-LEARNING

Le problème est posé sous la forme d'une question fondamentale pour :

- l'établissement d'un diagnostic précis ;
- la justification des techniques kinésithérapiques ;
- l'organisation de la prise en charge.

La réponse à ce type de question-problème nécessite :

- de déterminer et analyser la problématique sous-jacente ;
- de faire le bilan de ses connaissances ;
- d'identifier les nouvelles connaissances à acquérir ;
- de rechercher et de sélectionner les informations ;
- de synthétiser l'ensemble ;
- de proposer et de rédiger la solution ;
- de préparer la présentation et l'argumentation orale et pratique du travail (lors des regroupements).

L'évaluation du travail est réalisée individuellement sur la production écrite du candidat d'une part, sur sa présentation orale et pratique d'autre part.

## MÉMOIRE

Le thème du mémoire est choisi lors de la première semaine de regroupement. Il doit être préférentiellement orienté vers la recherche clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il doit respecter une méthodologie rigoureuse acquise par les cours, un auto-apprentissage, un tutorat.

Le conseil pédagogique du Groupe Descartes désigne un tuteur personnel à chaque stagiaire. Ce tuteur géographiquement très proche, souvent co-promoteur du sujet de recherche est responsable de la guidance et du suivi de l'avancement de l'étude. Il assure le lien entre le candidat et la Direction du Groupe Descartes, en dehors des périodes de regroupement. La validation du mémoire est réalisée par deux correcteurs dont le tuteur.

## VALIDATION FINALE

La validation finale s'effectue par compilation des évaluateurs des travaux de chaque semaine et celle du mémoire. La non-validation invite le candidat à refaire la ou les questions faibles et/ou le mémoire.

## ENCADREMENT

### La formation continue des kinésithérapeutes en secteur public.

La formation professionnelle continue des personnels non médicaux est réglementée par des textes parus entre 1986 et 1993.

Le taux de 1 %, mentionné à l'article 8 du décret 90319 du 5 avril 1990, est un taux *minimum* de participation financière. Celui-ci est calculé par rapport aux salaires inscrits au budget de l'établissement. Ce taux a été amené à 2,1 % par l'article 21 de la loi 90579 du 4 juillet 1990 afin d'inclure progressivement les études promotionnelles, ce qui est comparable désormais au secteur privé.

Le plan de formation doit tenir compte à la fois des besoins de perfectionnement et d'évolution et des nécessités de promotion interne. L'établissement est *pleinement autonome* pour déterminer ses priorités. La disposition réglementaire prévoit de concilier les besoins et choix stratégiques de l'hôpital avec les *attentes individuelles*.

La circulaire DH. 8A.91 n°24 du 22 avril 1991 précise les dispositions du décret du 5 avril 1990 pour ce qui concerne **la rémunération** des personnels en formation.

Une procédure de recueil des besoins des agents doit exister au sein de chaque établissement. Pour la remplir, des entretiens individuels et collectifs peuvent être organisés (quelquefois, un agent évoquera plus facilement ses incapacités en entretien individuel).

La notion de répartir les budgets par service n'existe pas au niveau légal. Le plan est discuté au sein des instances de l'établissement, les choix se font le plus souvent par rapport aux priorités de l'établissement, puis du service, puis aux demandes individuelles qui ne peuvent se raccrocher aux deux priorités précédentes.

Pensez à faire connaître vos projets de service lorsque vous rendez vos copies.

La plupart des collègues déplorent, malgré tout, l'insuffisance des budgets, et surtout le décalage de temps entre le besoin et la formation, quand celle-ci entre dans le plan de formation.



**Véronique BILLAT,**  
Responsable de la Chronique.  
pj.warnitz@ch-neufchateau.fr

## QUELQUES EXEMPLES

• **Le Centre Hospitalier de Dreux (28)** : est situé à 80 km à l'Ouest de Paris et 20 km au Nord de Chartres. Le centre hospitalier compte 800 lits.

L'unité de kinésithérapie est une unité transversale et intervient dans l'ensemble des services selon les besoins. Elle rassemble 12 kinés, 2 ergothérapeutes et 2 orthophonistes. Le pôle fort de rééducation se situe dans le service de Médecine Physique et Réadaptation (30 lits) qui est référent départemental en rééducation neurologique.

Les besoins et axes de développement de l'unité et du service dictent le choix des formations. Certains rééducateurs sont demandeurs, d'autres sont à solliciter pour renforcer leur compétences.

En moyenne, chacun peut partir tous **les 2 à 3 ans en formation externe et plus souvent en interne**. Les journées ou congrès ne sont pris en compte que s'ils sont prévus un an en avance. Or, à ce moment, ni les thèmes ni les journées ponctuelles ne sont connues d'où une véritable difficulté de programmation.

Les formations prévisibles intègrent le planning des absences, les kinés sont alors appelés à se remplacer. La restitution de l'information est difficile à cause du manque de temps mais aussi parce que certains kinés ont du mal à s'improviser enseignants auprès de leurs collègues. Par contre, il y a toujours un retour informel sans que le cadre n'aie à le demander.

La formation est un outil de management intéressant pour évidemment développer une compétence mais aussi pour remotiver une personne, l'aider à sortir soit d'une certaine routine soit d'un épuisement professionnel, soit même d'une perte de confiance. Il paraît utile, dans ce cadre, que la personne puisse sortir de l'établissement pour rentrer en contact avec la réalité d'autres établissements et relativiser ainsi sa propre réalité.

Une des difficultés de l'hôpital est le délai entre la demande de formation et le stage (minimum un an, voire un an et demi). C'est une réactivation insuffisante face à une difficulté ciblée ou pour une adaptation rapide à un nouveau poste.

**Claire SOUËTRE-BESNARD**  
Surveillante M.K.

• **Le Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan-les-Mureaux (78)** : est un établissement public de 620 lits situés dans le Nord des Yvelines.

Les 10 masseurs kinésithérapeutes font partie d'une seule et même équipe, mais travaillent sur des sites différents en fonction de leur projet de soin. Nous avons un service de rééducation fonctionnelle de 30 lits, des services de soins de suite et de réadaptation de 160 lits, des services de psychiatrie de 86 lits, des services de court séjour de 192 lits, des services de long séjour et de maison de retraite de 155 lits.

C'est lors des entretiens d'évaluation annuelle que chaque agent se présente et argumente ses demandes de formation. Elles peuvent être en rapport avec les objectifs personnels de l'agent, mais aussi et surtout avec les objectifs de service et le projet d'établissement.

L'équipe de kinésithérapeutes est **très motivée** et demandeuse de formations. Chaque agent fait au moins une à deux demandes par année qu'il classe par priorités, après discussion.

Les kinés ne sont pas remplacés pendant leur congé formation, ils tiennent compte de la planification annuelle des absences. Chacun part au moins **une année sur deux en formation extra-hospitalière** et tous les ans pour les formations *intra-muros*. Ils peuvent aussi aller à un congrès ou journée par an, à condition que le coût soit inférieur à mille francs.

Les demandes sont toujours honorées, le budget alloué à la formation étant suffisant, et les autres secteurs d'activité de l'établissement, sans doute un peu moins demandeurs.

Après sa formation, chaque kiné est tenu de faire **un retour à l'ensemble de l'équipe** lors de réunions planifiées à l'avance.



*Nadine PROST*  
*Surveillante M.K.*

• **Le Centre Hospitalier de Saint-Dizier (52)** : compte 270 lits associés à un plateau technique complet. Un médecin de rééducation, en poste à l'hôpital de Bar-le-Duc, effectue une vacation d'une demi-journée par semaine. L'équipe se compose de 3 kinés et d'un ergothérapeute.

Le choix des formations est en rapport avec le projet d'établissement et/ou le projet du service dans lequel travaille le kiné. L'ensemble des formations fait l'objet d'un plan pluri-annuel avec validation par les instances.

Chaque agent part en formation **une fois par an**, sauf si l'organisme formateur supprime la formation faute de candidats (deux fois cette année).

Les agents sont très motivés pour évoluer dans leur pratique professionnelle.

L'agent désirant participer à un congrès ou à des journées spécifiques adresse un courrier à la Direction après accord avec le cadre de santé, or à ce jour il n'y a jamais eu de refus.

En ce qui concerne la gestion des remplacements, si nous sommes en sous-effectif, la direction nous attribue des mensualités de remplacement ; d'autre part, il ne s'absente que 2 kinés en même temps.

Nous avons pour objectif d'effectuer pour les prochaines années des formations avec les hôpitaux proches de nous (Nancy ou Bar-le-Duc) pour des sujets communs.

*Claude DEBIARD*  
*Surveillant M.K.*

Vous souhaitez que *La Lettre* traite un sujet particulier qui vous préoccupe, envoyez un message à Véronique Billat à l'adresse électronique indiquée.

Le prochain thème sera "le manque chronique de kinésithérapeutes dans les hôpitaux". Contactez-nous pour témoigner de vos problèmes d'organisation et des solutions possibles. Voir aussi à ce propos l'action proposée dans le numéro 11 de *Rencontre* joint.

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

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

Bois-Larris : 5 - Bordeaux (Pessac) : 0 - Grenoble : 3 - Lyon : 3  
Montpellier : 15 - Nantes : 4 - Paris (AP/HP) : 4 - Paris (C.R.F.) : 11 - Strasbourg : 1