



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 18 - Juin 2002

■ ÉDITORIAL

C'est vrai, en ce moment, ce n'est pas toujours facile : les réglementations imposent des contraintes sans pour autant allouer d'autres moyens, les ressources humaines sont volatiles, les modèles de référence éclatent sous la pression de nouvelles pratiques...

Le cadre se repère trop peu dans cette instabilité pour exercer efficacement sa mission : *anticiper*.

Mais en creusant un peu, on s'aperçoit que souvent parmi ces nombreuses difficultés, des bribes de solution pourraient émerger de nous-mêmes. Non pas pour *tout* résoudre ; mais au moins investir la dimension de nos propres ressources, construire les propositions relevant de nos degrés de liberté.

Agir sur ce que l'on peut.

En effet, beaucoup de ces contraintes *subies* impliquent une méconnaissance de nos particularités et potentiels.

Ainsi on regrette le peu de réalisme de directives médicales alors qu'aucun guide de prescription n'a été proposé. Ainsi on invoque le manque de reconnaissance sans pour autant valoriser les caractéristiques qui fondent notre identité.

On le sait : l'exercice, le management, la formation de la Kinésithérapie ont leurs spécificités ; mais *lesquelles* ?

Alors quelles améliorations attendre des autres quand on peut soi-même se déterminer ?

Il n'existe que ce qu'on en fait.

Michel GEDDA
Directeur de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 17 :
Nicole ALMÉRAS
- Parcours d'un cadre kiné :
Bernard KOPP
- Découverte :
I.A.M.F.C.K.
- Perspectives :
I.F.C.S. à Saint-Étienne
- Nouvelle rubrique :
I'E.N.K.E.
- Nos rubriques courantes

COMITÉ DE PUBLICATION

- **Daniel MICHON**
Enseignant-Formateur
I.F.M.K. et I.F.C.S. de Grenoble
- **Marie-Odile PAILLET**
Chargée d'enseignement
Dijon
- **Philippe RIGAUX**
Responsable Formation Continue
"Bois-Larris" Santé Formation
- **Patrick ROTGER**
Directeur du S.R.A.I. - A.F.M.
Ile de La Réunion
- **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

PROFESSIONS SANTÉ

Changement dans le statut des surveillants-cadres dans les établissements de santé publics.

Les masseurs-kinésithérapeutes moniteurs, puis moniteurs cadres de santé puis cadres de santé masseur-kinésithérapeutes sont devenus officiellement *cadres de santé* dans leurs établissements au début de 2002. Les mouvements sociaux qui avaient réuni tous les "surveillants" de l'hôpital en 2001 ont abouti à une réforme de leur statut et le surveillant s'appelle dorénavant *cadre* ou *cadre supérieur*.

Ce changement d'appellation amène-t-il réellement un changement dans les fonctions et dans les carrières ? Quand verra-t-on une association regroupant, en toute égalité, des infirmières généraux et des coordonnateurs ?

Depuis la loi portant réforme hospitalière de 1990, la surveillance d'un service de rééducation dépasse la simple mission "comptable" et nombre de professionnels assurent des fonctions transversales au sein des établissements. Dans le cadre de ces réformes, certains C.S.K. ont acquis des savoirs nouveaux permettant de gérer efficacement leur service et de répondre aux nouvelles demandes de l'institution.

Les nouveaux textes officiels remodelent les carrières et reconnaissent l'appellation *cadre* aux surveillants. Ils ne font plus de distinction entre les corps d'appartenance des cadres (infirmier, rééducateur et médico-technique). Les cadres voient leurs possibilités de carrière évoluer et se diversifier. La fonction de coordonnateur de plateau médico-technique et de rééducation (P.M.T.R.), jusque là non statutaire, est désormais reconnue au même niveau que celle d'Infirmier Général.

À l'AP-HP, depuis plus de 10 ans, avaient été nommés des coordonnateurs de P.M.T.R., expérimentation étendue dès 1994 dans des établissements régionaux sous contrôle d'une commission ministérielle. L'existence de ces coordonnateurs et leur profil de poste variaient d'un établissement à l'autre et le changement de direction d'un établissement ou le départ d'un coordonnateur pouvaient signifier la disparition de la fonction.

Le statut est aujourd'hui acté et les conditions d'accès à ce poste sont clairement énoncées. Il est évident que tous les cadres de santé ne pourront assumer ces missions. Ce poste ne peut exister que si l'établissement le souhaite et si sa taille, son organisation s'y prêtent... mais il sera possible d'y prétendre comme de pouvoir concourir pour le poste de Directeur des Soins qui

concernera l'ensemble des personnels paramédicaux, infirmiers, rééducateurs et médico-techniques. Les masseurs-kinésithérapeutes, pour avoir accès à ces fonctions, devront suivre une formation et seront intégrés dans le corps de Direction.

Il n'a malheureusement pas été prévu de mesure transitoire pour les coordonnateurs en poste depuis longtemps, pour ceux qui ont contribué à faire admettre l'intérêt de cette fonction. Les différents concours organisés prévoient un âge limite d'inscription à 50 ans et nombre de professionnels en poste se verront touchés par la limite d'âge et exclus du nouveau système...

De même, est supprimée la possibilité d'accès à la fonction cadre aux personnes n'ayant pas suivi de formation cadre et qui pouvaient auparavant accéder soit "à l'ancienneté" et "au mérite", soit après passage d'un examen professionnel. Est-ce une chance pour la formation cadre, pour la qualification professionnelle ? Toujours est-il que cette mesure s'inscrit dans une logique d'élévation des niveaux de pré-requis qui touche l'ensemble du monde du travail.

Autre conséquence logique dans cette période transitoire, l'ensemble des "directeurs paramédicaux" (Directeur du service de soins infirmiers (D.S.S.I.), directeur d'institut de formation paramédicale, directeur d'école de cadres...) prennent le titre de *directeur des soins*, à charge pour les ex-D.S.S.I. d'encadrer la totalité des filières soignantes, médico-techniques ou de rééducation des établissements publics de santé.

Pour les cadres *versus* 2002, le changement est donc vraisemblablement la reconnaissance de l'élargissement de leurs fonctions ainsi que de la possibilité pour tous d'accéder à tous les niveaux d'encadrement.

La voie d'accès est ouverte et le constat que des cadres masseurs-kinésithérapeutes occupent avec succès des postes transversaux variés permet d'envisager sereinement l'élargissement des carrières à un grand nombre.

En corollaire à ces ouvertures de carrière, nous devons toutefois veiller à encourager et soutenir les projets de formation cadre de nos confrères masseurs-kinésithérapeutes. D'ici 5 à 10 ans, nombre de nos collègues partiront en retraite et leur remplacement à tous les niveaux doit être assuré.

À nous tous de préparer les cadres de demain à occuper tous les postes existants.



Françoise BIZOUARD,
Responsable de la Chronique.
francoise.bizouard@lrb.ap-hop-paris.fr

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Janvier 2002 : Numéro 17

par :
Nicole ALMÉRAS

Michel Gedda m'a proposé la relecture du numéro précédent. J'en profite pour le remercier lui et l'équipe qui animent cette "Lettre". C'est rassurant, cela traite de nos préoccupations communes et nous renforce quand nous doutons, ça nous sort de notre isolement.

• *Éditorial (page 1) :*

À propos de l'éditorial, je partage l'idée que l'identité du cadre se construit jour après jour, avec les différents acteurs qui composent une équipe et s'enrichissent mutuellement. C'est à lui d'impulser à son équipe de bons *habitus*. Cette identité se construit avec son vécu, avec sa représentation du monde. Il n'y a pas de typologie d'encadrement idéal. Il y a des moments différents qu'il faut honorer avec humilité et respect de l'autre.

• *L'A.F.R.E.K. (page 2) :*

Merci de nous simplifier le chemin. Des repères pour nous permettre d'aller affranchis vers l'accréditation ou peut être plus simplement d'acquérir méthodologie et rigueur. De la clarté, le sens précis des mots. Merci d'avoir donné du sens à "performance", d'avoir différencié "variable de la procédure" et "variable essentielle de la procédure". Merci pour tout ce travail précieux. Je mettrais juste un bémol quant à la conception et à la rédaction des procédures. Prenons garde que la démarche qualité mal comprise peut constituer un exemple de taylorisme, avec d'un côté les penseurs et de l'autre les exécutants, en découpant les soins en tâches élémentaires.

• *Mémoires cadres (pages 5 à 7) :*

Les fonctions du Cadre de Santé.

À la lecture de ces 3 études de mémoire, d'approches différentes, il semble ressortir que le métier de cadre sur le terrain n'a pas évolué avec la création du diplôme de cadre de santé de 1995. Il n'y a pas eu de révolution culturelle autour de nos missions, de nos pratiques sur le terrain.

La révolution culturelle, elle est née d'un besoin en relation avec le contexte économique et social. Cette poussée d'évolution arrive de l'extérieur, des organismes de tutelle, et du fait des écoles de cadre qui veulent faire de nous de réels managers, des cadres différents avec des missions prospectives qui tiennent compte de l'environnement, alors qu'en interne, au sein de nos institutions le besoin n'est pas ressenti de la même manière par nos décideurs. Leurs priorités restent les mêmes, on peut les comprendre !

Les événements vont nous contraindre à modifier nos cercles de fonctionnement petit à petit, pour que cette révolution culturelle au niveau de notre diplôme devienne une réalité.

• *Cadrekinet.net (page 8) :*

Les projets de formation sur Internet.

La formation sur Internet se diversifie chaque jour. Merci pour toutes ces adresses ciblées. La formation continue sur Internet, à ce jour encore pour l'acquisition de savoirs formalisés à portée de clavier, permanente, accessible. Mais peut être demain, grâce à la *web-cam*, pourrions-nous aussi enrichir nos savoirs agis ?

La formation sur Internet reste à mon sens encore réservée à des initiés qui manipulent l'outil informatique et connaissent l'anglais. Un outil d'avenir, un *eldorado* très prometteur, incontournable, mais qui doit être maîtrisé par les enseignants et les utilisateurs.

• *Documentation (pages 9 et 10) :*

La recherche documentaire.

Un guide utile au niveau de la méthodologie d'accès avec des outils pour ne pas perdre de temps et allier efficacité.

La présentation sous forme de tableau est claire. Le lecteur n'est pas noyé par un langage superflu. Un recueil d'adresses bien ciblées. L'accès par banques de données bien que limitatif, garantit leur validité par des comités de lecture.

• *Parcours d'un cadre kiné (pages 11 à 13) :*

Fabien Cavarec

En 10 ans, un beau parcours, une carrière diversifiée qui a permis une approche de l'activité libérale, salariée, en institution, en tant que cadre et pour en arriver à la carrière d'enseignant.

Il nous parle d'un mal être en tant que cadre, avec une difficulté pour se situer et trouver sa place.

On reste sur notre faim, quand il parle de la profession qui devrait devenir autonome, se séparer de la médecine et pour aller jusqu'à la responsabilité de nos actes devant la collectivité. Mais n'est ce pas un peu utopique ?

L'ouverture que Fabien Cavarec propose vers la psychologie, sociologie, me paraît prématurée, notre profession à mon avis n'étant pas assez structurée ; par contre, j'abonde tout à fait dans son sens vers une kinésithérapie universitaire qui pourrait nous permettre de couvrir l'étendue des spécialités afin d'être au plus prêt des attentes des usagers.

• **Formation** (page 14) :

L'agir professionnel.

Salutations à Richard Gouarné, nouveau responsable de la chronique et aussi directeur de l'I.F.M.K. de Poitiers.

Je partage tout à fait l'approche entre le savoir formalisé et le savoir agi. Je partage aussi avec lui le fait que les compétences sont multiples, qu'elles sont situationnelles et je trouve particulièrement pertinent que "les réflexions sur la pédagogie devraient partir d'une réflexion sur l'analyse des pratiques professionnelles". Toute action de formation devrait avoir une transférabilité vers l'activité, sinon ça ressemble beaucoup à du gâchis économique...

• **Découverte** (pages 15 à 17) :

Le C.E.S.T.A.K..

Une formation de qualité, différente, complémentaire proposée aux 2 pôles de l'hexagone pour préparer une élite en kinésithérapie ?

Un projet noble bien monté, précis, avec un objectif pédagogique détaillé, avec des mots auxquels je suis extrêmement sensible transférabilité et plus value. Une proposition adaptée aux exigences actuelles semble t-il.

• **Encadrement** (pages 18 et 19) :

La formation continue des kinésithérapeutes en secteur public.

Au travers des exemples de 3 hôpitaux publics, nous nous apercevons des différences de pratique de ce privilège du secteur public que représente la formation continue.

Un de ses objectifs principaux devrait être de fournir aux agents les moyens d'être en adéquation avec les compétences requises pour le poste de travail. Cela suppose pour le cadre d'être très au clair avec les emplois, les activités de ces emplois et pour ces activités quelles compétences sont nécessaires.

Je souscris tout à fait à la formation comme outil de management, au délai de réactivité trop long entre le besoin manifesté et la réalisation de la formation. À nous de rester vigilants, afin de ne pas sacrifier la formation continue sur l'autel des 35 heures.

CONCLUSION

On pressent bien, d'une manière générale, que notre métier se structure, à sa manière et perd peu à peu de ses individualismes et de ses certitudes intuitives.

Petit à petit, grâce à des moteurs de réflexion comme *La Lettre du C.S.K.* animée par Michel Gedda et son équipe de rédaction, la profession se fixe des objectifs convergents. Nous identifions nos forces et nos faiblesses. Nous devons militer pour la démarche scientifique, pour la formation continue, pour entrer dans la culture de l'évaluation de nos pratiques et de nos moyens, ouvrir la porte de la recherche et conserver cet atout majeur : le sens de la communication avec le patient.



Nicole ALMÉRAS

Surveillante-Chef au C.H.U de Nîmes.

■ **INFORMATION**



L'Université de Provence organise, pour les Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux et salariés, à Paris et en Provence, 2 formations sur 18 mois en **Licence des Sciences de l'Éducation**, option : Formation et Encadrement dans le Secteur Sanitaire et le Travail Social.

Ces formations se déroulent sur 360 heures au prix de 3 700 euros chacune (prise en charge possible en totalité ou partie par les divers dispositifs de la formation continue). Responsable pédagogique : Franck Gatto (MK).

• À Paris, à l'I.F.C.S-Rééducation (Croix Rouge Française) : sur certaines fins de semaine et week-ends à partir du 25 octobre 2002. Réunion d'information le 03/07/2002 (renseignements : 01.44.43.13.28).

• En Provence, à l'Université d'Aix-Marseille I et à l'I.F.M.K. de Marseille : sur certains vendredis et samedis matins à partir de mars 2003. Réunion d'information le 08/10/2002.

Renseignements :

UNIVERSITÉ DE PROVENCE

- Département des Sciences de l'Éducation -

Hôtel-Dieu

1, Avenue de Verdun

13410 LAMBESC

Tél : 04.42.57.17.17 - Fax : 04.42.57.17.07

<http://www.educaix.com>

■ **APPEL À CONSTRUCTION**

Nous sommes nombreux à enseigner, de façon occasionnelle ou régulière.

L'informatique et le vidéo-projecteur nous permettent d'adjoindre films, photos, dessins et même sons pour illustrer les cours. Chacun d'entre nous dispose d'une iconographie personnelle qui se développe et pourrait intéresser d'autres personnes chargées de cours.

Que pensez-vous d'une mise en commun de ce fonds documentaire ?

Jean-Louis ESTRADÉ

jean-louis-estrade@wanadoo.fr

■ LA F.N.E.K.E.



Une Fédération Nationale d'Étudiants en Kinésithérapie et Ergothérapie (F.N.E.K.E.).

Réunis à Paris les 16 et 17 février derniers, les étudiants d'une dizaine d'instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) et ergothérapie (IFE) (Besançon, Dijon, Grenoble, Lyon, Montpellier, Nancy, Nice, Rennes, Strasbourg) ont créé leur organisation nationale : la FNEKE (Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie et Ergothérapie).

Après deux jours de réflexions et de débats animés sur notre formation et notre statut étudiant, il nous est apparu nécessaire de nous rassembler au sein d'une structure capable de porter nos revendications et de répondre à l'attente des étudiants.

Les raisons de cette mobilisation sont nombreuses. Premièrement les étudiants kiné et ergo effectuent trois ans d'études auxquelles on peut rajouter la (ou les) année(s) de préparation pour intégrer un institut ; et ce pour être sanctionné par un Diplôme d'État de niveau bac+2. La reconnaissance de ces années et donc la revalorisation du D.E. à bac+4 permettrait notamment l'accès au troisième cycle des études supérieures.

La FNEKE a pris part à la Commission pour la réforme de la première année des études de santé, mise en place le 11 avril par messieurs les Ministres Lang et Kouchner, pour apporter son point de vue sur les conditions d'admission et de formation dans les instituts.

Nous avons un rôle important de représentation à jouer et espérons porter le point de vue de la filière. Nous devons porter les attentes des étudiants, mais aussi des différents acteurs des formations de kiné et ergo.

Nous sommes donc intéressés pour échanger des idées avec les responsables des formations et les cadres.

La deuxième préoccupation concerne les stages hospitaliers. Nous demandons des indemnités de stage, le remboursement des frais de transport, de logement et l'obtention d'une franchise d'absence. Nous attendons aussi une réflexion pour l'amélioration de l'encadrement en milieu hospitalier afin de garantir une formation professionnelle de qualité.



Il paraît nécessaire de redéfinir avec les cadres des objectifs clairs pour les stagiaires et particulièrement en ce qui concerne la préparation au D.E..

La baisse et la justification des frais d'inscription dans certaines villes ainsi que la participation à la vie démocratique des instituts est aussi une priorité pour notre fédération dans l'espoir de présenter un système égalitaire aux étudiants.

Enfin il est important de donner aux étudiants de ces filières l'accès à tous les services et prestations accordés dans les formations universitaires (CROUS, sport, bibliothèque et restauration universitaire, culture...).

Il est aussi nécessaire de modifier les critères d'attribution des bourses d'études et ainsi de poursuivre le travail entrepris par les étudiants en soins infirmiers (FNESI).

En plus de son rôle de représentation, de défense et de formation, la FNEKE a aussi pour but de contribuer à l'esprit de corps entre les étudiants en kiné et ergo par l'organisation de manifestations culturelles et sportives. Elle a aussi pour vocation d'aider au développement de nouvelles associations et de les mettre en relation.

Étant donné l'intérêt et la motivation que manifestent les étudiants pour cette structure et le soutien quotidien apporté par la FAGE (Fédération Associative Générale Étudiante) et par la FNESI, nous espérons rapidement des avancées significatives de notre situation.

Comme cela nous a été proposé, nous tiendrons régulièrement la rubrique dans "La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute" afin de communiquer avec les cadres, en espérant susciter des réactions positives et obtenir leur soutien.



Luc MORFIN,
Responsable de la Chronique.
lucmorfin@yahoo.fr

PERSPECTIVES



I.F.C.S.
C.H.U. DE SAINT-ÉTIENNE
HOPITAL BELLEVUE
- Pavillon 54 -
Boulevard Pasteur
42055 SAINT-ÉTIENNE CEDEX 2
Tel : 04.77.12.78.17

Une nouvelle école de Cadres pour les masseurs-kinésithérapeutes.

L'Institut de Formation des Cadres de Santé du C.H.U. de Saint-Étienne est ouvert depuis 1978. Le dossier de renouvellement de l'agrément des quatre I.F.C.S. en région Rhône Alpes en 2002 a permis :

- d'affirmer la nécessité de la pluri-professionnalité ;
- d'ajuster les effectifs pour la filière infirmière aux besoins sanitaires (enquête de besoins D.R.A.S.S.).

C'est l'entente des parties concernées qui a permis l'ouverture à l'I.F.C.S. du C.H.U. de Saint-Étienne de la filière masseur-kinésithérapeute par transfert de celle de l'I.F.C.S. des Hospices Civils de Lyon.

Une campagne d'information a débuté immédiatement (janvier 2002) alors que la clôture des inscriptions est fixée réglementairement au 15 février de l'année.

MISSIONS ET EFFECTIFS DE L'I.F.C.S.

- Formation cadre de santé ouverte à 5 masseurs kinésithérapeutes et à 56 infirmiers.
- Formation préparatoire à l'admission en I.F.C.S. d'environ 45 paramédicaux et sages-femmes.
- Formation et/ou adaptation à l'emploi en direction de l'ensemble de l'encadrement paramédical, administratif et technique.

COLLABORATION ET PARTENARIAT

- Collaboration des **professionnels de santé** pour tricoter des liens de cohérences entre le réalisme des pratiques professionnelles et les théories : stage, accompagnement et évaluation des mémoires, tables rondes...
- Collaboration entre les **4 I.F.C.S. de la région Rhône-Alpes**, en particulier pour l'harmonisation des épreuves d'admission en I.F.C.S..
- Partenariat avec l'**Université** dans le cadre de la Licence Administration et Économie de la Santé : Faculté de Droit, Économie et Gestion.

- Collaboration avec la **Faculté de Sciences Humaines et Sociales** dans les domaines :

- des **sciences de l'éducation** : philosophie de la formation et de l'éducation pour le module 5 ;
- de la **sociologie générale et des organisations**.

DYNAMIQUE DE PROJET DE L'I.F.C.S.

- **Travail en projet** pour chacune des activités.
- **Dynamique professionnelle** avec participation :
 - à la réflexion sur l'évaluation de la formation, l'évolution de la fonction cadre dans les projets et groupes de travail internes au C.H.U. (ex : "malaise de l'encadrement", démarche qualité), l'élaboration d'un référentiel professionnel cadre de santé (sur l'initiative de l'I.F.C.S.), la commission nationale des I.F.C.S., les groupes pour les orientations du schéma régional de la formation (D.R.A.S.S.)...
 - aux instances et jurys universitaires.

ATTRACTIVITÉ

L'I.F.C.S. a principalement une vocation locale (40%) et régionale (70%) mais également inter-régionale avec les régions de proximité comme l'Auvergne et la Bourgogne.

L'I.F.C.S. accueille aussi des candidats au parcours professionnel divers (établissements publics et privés, libéral, associatif, éducation nationale...).

FORMATION CADRE

La fonction *cadre de santé* requiert une formation qualifiante, sanctionnée par un diplôme professionnel.

Le **projet pédagogique** de l'I.F.C.S. permet à chaque acteur concerné par la formation cadre :

- de comprendre les conceptions pédagogiques qui sous-tendent l'organisation de la formation ;
- de connaître le dispositif proposé ;
- de se positionner.

La formation s'inscrit dans le cycle supérieur des professions de santé. Elle favorise la réflexion nécessaire au changement de fonction et contribue à l'émergence de l'identité professionnelle de *cadre de santé* fondée sur la pluri-professionnalité, le décloisonnement et ancré sur les racines solides de la profession d'origine et les expériences professionnelles réalisées et à venir.

La formation intègre les évolutions globales de la société d'aujourd'hui et, plus particulièrement politico-économiques, sociologiques, juridiques, législatives en tenant compte des préoccupations éthiques au domaine de la santé.

Le cadre de santé remplit les missions déléguées par le Directeur de l'Institution : encadrement ou formation en conciliant les logiques humaines, politiques, institutionnelles, économiques... Dans tous les cas, il appuie son

expertise sur son métier d'origine et développe des compétences en animation, gestion et pédagogie.

Sa préoccupation réside dans la recherche d'adéquation entre besoins et offres de soins.

Pour cela, il lui est nécessaire de s'inscrire dans une approche anticipatrice, en questionnant sa pratique, en continuant de se former, en réalisant des recherches...

Il s'engage dans les projets des établissements d'appartenance, dans la dynamique d'évolution et les recherches qui contribuent à l'élaboration des savoirs professionnels. Il est garant de l'application des règles de l'établissement et des règles et déontologie professionnelles.

La formation présente 4 caractéristiques essentielles :

- Elle s'adresse à des **adultes**.
- C'est une **formation professionnelle**. Nos objectifs développent un professionnalisme situant le cadre de santé comme : partenaire dans les différents projets, collaborateur de tous les acteurs du système de santé, promoteur de la qualité des pratiques, fédérateur d'une équipe et qui l'inscrit dans une perspective de recherche professionnelle.
- C'est une formation **en alternance**.
- Le **groupe est formateur**.

EN CONCLUSION

Conçu dans un souci de réalisme, le projet pédagogique de l'I.F.C.S. se veut évolutif pour prendre en compte les nouvelles exigences, suivre les évolutions professionnelles et environnementales et mettre en route des méthodes pédagogiques novatrices. Ainsi nous pouvons affirmer notre crédibilité et notre légitimité.

Le projet pédagogique et de formation est en phase avec les capacités, les compétences requises pour l'exercice cadre dans le contexte de mutation et d'incertitude des établissements de santé ou autres, qui entraîne un positionnement nouveau des cadres de santé. Il est, du fait de sa conception, particulièrement ouvert pour intégrer d'autres paramédicaux comme les masseurs-kinésithérapeutes.

Nous sommes particulièrement heureux d'intégrer dans l'équipe pédagogique permanente un cadre supérieur de la filière masseur-kinésithérapeute. La profession étant présente dans la formation, elle s'impliquera d'autant mieux à l'avenir que de forts liens de collaboration existent déjà.



Yvette HOFMANN-CHAPUIS,
Directrice.



*Le social :
de belles et vraies
valeurs...*

2002, année du social dans le

JURA



avec le **CONSEIL GENERAL**

■ DÉBAT D'OPINION



Fabien CAVAREC,
Formateur
I.F.M.K. de Besançon (25)

Qu'y a-t-il de problématique dans le diagnostic kinésithérapique ?

Le diagnostic kinésithérapique est une notion qui peut s'envisager sous plusieurs aspects. Par exemple, certains textes réglementaires le présentent comme une activité d'évaluation. Quelques auteurs l'assimilent à une collecte de données et de mesures objectives, d'autres encore comme une confrontation entre l'évaluation faite par le thérapeute et la subjectivité du patient.

En outre, certains en parlent comme d'une activité de problématisation. Le diagnostic kinésithérapique peut-il donc s'envisager comme une problématique ?

Encore faut-il préciser ce qu'est une *problématique*.

En sciences humaines, la problématique est constituée par la *perspective théorique* adoptée délibérément pour traiter un problème. Il s'agit donc de situer une question (le problème posé) dans un contexte de connaissances choisi. Ainsi cette question précise peut-être travaillée grâce à un ensemble de savoirs délimité, défini et clairement exprimé.

Une image est, à mon sens, particulièrement adaptée à cette notion de problématique. Supposons que je me trouve dans une galerie d'art contemporain, dans une salle au milieu de laquelle se trouve une sculpture aux formes multiples. Je prends alors une photographie depuis le pas de la porte et une autre depuis la fenêtre d'en face. Ces deux photographies représenteront deux formes différentes du même objet. En effet, selon les différents points de vue, la forme de cette sculpture ou plutôt ce que j'en vois, sera différent.

Une problématique, en fait, s'apparente à une de ces deux photographies. C'est un point de vue parti-

culier (perspective théorique) sur un objet étudié (problème posé).

Je considère à présent un objet d'étude particulier : l'état de santé d'un patient déterminé à un instant donné. Cet objet peut être vu sous différents angles. Par exemple, le point de vue d'un médecin sera différent de celui d'un psychologue.

Mais ces deux approches ont un point commun : elles sont sous-tendues par des champs théoriques déterminés et consistants. C'est pour cette raison que l'approche kinésithérapique en est éloignée. Il n'existe pas à l'heure actuelle une somme de connaissances suffisamment étayée pour construire un champ théorique de même nature que ceux précédemment cités.

En revanche, ce champ théorique de la kinésithérapie peut être en partie constitué par d'autres : la médecine, la psychologie ou la sociologie par exemple. À moins que la kinésithérapie se rapproche de l'"handicapologie" définie par C. Hamonet (*Les personnes handicapées*. P.U.F. 2000, 3^{ème} éd. coll. Que sais-je ?). Cette science du handicap, en construction depuis quelques décennies, a l'avantage d'intégrer, entre autres, des approches médicales, sociales, réglementaires et psychologiques.

Je pense que cette science est particulièrement adaptée pour constituer un vaste champ théorique dans lequel la kinésithérapie pourrait s'intégrer. D'ailleurs, à l'heure actuelle, certains définissent le diagnostic kinésithérapique d'après la "trilogie de Wood" (déficiences, incapacités, désavantages), qui intègre cette étude du handicap. Mais cette trilogie est déjà remise en question : l'"handicapologie" est une science qui évolue vite.

Ainsi, il pourrait être constitué un ensemble théorique à travers lequel le kinésithérapeute praticien pourrait lire l'état de santé d'un patient donné. Cette lecture, ce point de vue, cette problématique, serait propre au masseur-kinésithérapeute.

Je peux l'appeler *diagnostic kinésithérapique*.

Le diagnostic kinésithérapique peut donc s'envisager comme une activité de problématisation. Encore faut-il définir ce champ théorique propre à la kinésithérapie.

■ LA QUESTION NAÏVE

Que me coûte ce que je pense ?

André Malraux

■ L' A.F.R.E.K.

La prescription en rééducation : un préliminaire indispensable

par :

Henri PORTERO,

C.S.K., C.H. "Côte de Lumière" - Les Sables d'Olonne.

Cyrille VEILLET,

*Médecin directeur des Affaires Médicales,
C.H. Les Sables d'Olonne.*

Éric VIEL,

Secrétaire général de l'A.F.R.E.K.

La prescription du médecin reste le point de départ indispensable à l'intervention du masseur-kinésithérapeute.

Les confrères qui exercent dans un établissement se plaignent souvent de prescriptions hâtives ou transmises oralement. La responsabilité n'est donc pas directement attribuable à la personne qui détient le pouvoir de décision.

La présence d'une prescription clairement libellée, signée et datée, est considérée comme indispensable.

Nous avons entrepris la rédaction d'un règlement intérieur-type [voir en page suivante] visant à éviter les transmissions "de seconde main" et à renforcer le caractère sérieux de l'intervention des confrères, parfois hélés par le personnel soignant.

Il est vrai que les kinésithérapeutes suivent rarement les visites et que l'infirmière qui prend note est un intermédiaire essentiel dans ce cas. La prescription peut être rédigée par une personne autre que le médecin, à condition que ce soit lui qui la signe.

Nous pensons nous appuyer sur un texte qui fasse obligation au médecin de rédiger une prescription, nous ne l'avons pas trouvé. Ni le code de Déontologie médicale [1], ni la Loi Hospitalière ne mentionnent ce "détail". Il reste le décret de juin 2000, mais c'est position inconfortable que de refuser l'intervention sous prétexte qu'on ne "peut pas sans...", alors qu'un texte faisant obligation mettait à l'aise.

Le texte des recommandations pour la pratique clinique récemment établi par l'ANAES "Le dossier du patient en Masso-Kinésithérapie" [2] ne tranche pas. En page 30, on trouve : "il paraît indispensable de conserver dans le dossier une copie..." mais nulle précision sur l'obligation de rédaction.

CONTENU DE LA PRESCRIPTION

La prescription doit mentionner obligatoirement :

- le nom du médecin prescripteur (avec signature) ;
- la date de rédaction et (si début différé de traitement) la date d'effet ;
- le nom du patient.
- l'objectif ou les objectifs du traitement.
- le diagnostic, et si le diagnostic médical n'est pas mentionné pour raisons d'éthique médicale, le diagnostic de rééducation [3, 4].

Utile, mais pas indispensable :

- les contre indications (depuis qu'il y a bilan-diagnostic kinésithérapique, le praticien doit s'assurer lui-même de l'état du patient avant d'intervenir).
 - le service demandeur (dans les grands établissements avec service central et kinésithérapeute " dispatché ").
- Le numéro de chambre du patient.

Une enquête de 1999 en milieu hospitalier montrait que, sur 135 prescriptions, seules 11 étaient correctement remplies [5]. Dans le passé, la demande d'intervention du kinésithérapeute était souvent orale. Le souci de traçabilité, et les responsabilités nouvelles rendent impérative une prescription précise et identifiable. Nous proposons en encadré ce modèle, adopté par le Centre Hospitalier "Côte de Lumière".

INVITATION AUX COMMENTAIRES

Les lecteurs de La Lettre sont invités à faire part de leurs réactions, ne perdant pas de vue que, pour être critiqué, le document doit exister. En fonction des impératifs locaux, les modifications sont possibles et intéressantes si elles participent à la solution.

Il reste que l'on ne peut pas prétendre tout connaître. Si un lecteur peut nous faire part d'un texte qui oblige le médecin à écrire sa prescription, nous lui en serons reconnaissants.

Références

1. Code de Déontologie médicale, Titre 1 : devoirs généraux des médecins.
2. ANAES. Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. mars 2000.
3. Dupont Ch. Le partage du secret au sein d'une équipe pluridisciplinaire, in Intimité, secret professionnel et handicap. Boucand edit. Lyon, Chronique Sociale 1998
4. Vaillancourt M, Viel E. Méthodologie éthique en réadaptation Ann Kinesither 1996 ;23/4 :192-200.
5. Curraladas J. La prescription de masso-kinésithérapie en milieu hospitalier. Kinesither Actual 714, 4 mars 1999, page 4.



Éric VIEL,

Responsable de la Chronique.

eviel@nwc.fr

MODELE DE PROTOCOLE POUR LA PRESCRIPTION DE REEDUCATION

1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Le masseur-kinésithérapeute ne travaille que sur prescription médicale (cf. décret du 27 juin 2000).

À partir de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs du traitement, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Objectifs :

- respecter la réglementation concernant les prescriptions de rééducation ;
- formaliser la prise en charge par le kinésithérapeute dans le but de préciser et respecter la prescription ;
- optimiser la prise en charge en fonction de la charge de travail et de l'effectif kinésithérapique disponible.

2. PRINCIPES

Les prestations de kinésithérapie couvrent les services de _____ .

La prise en charge du patient est faite du lundi au vendredi dans les services cités ci-dessus.

Le samedi, un masseur-kinésithérapeute du pôle de rééducation assure la prise en charge des patients des services : _____ .

Cas particulier des gardes de kinésithérapie : Les dimanches et jours fériés, sur prescription médicale et après accord de l'administrateur de garde, un masseur-kinésithérapeute est réquisitionné pour prendre en charge des patients souffrant de troubles respiratoires qui nécessitent un désencombrement bronchique (ceci à moduler selon les directives de l'établissement et son recrutement).

3. MODALITÉS DE RÉALISATION

- Le médecin :

La prescription médicale est inscrite sur la fiche de rééducation qui se trouve _____, regroupant toutes les fiches des patients pris en charge. Le classeur se trouve _____ .

A tout moment, le médecin prescripteur peut ainsi consulter la fiche de rééducation du patient.

- Le masseur-kinésithérapeute :

Une fois la prescription médicale de rééducation faite, le masseur-kinésithérapeute établit un bilan de début de rééducation du patient à prendre en charge.

Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible d'aider à l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.

En fin de séjour du patient, le masseur-kinésithérapeute établit un bilan de fin de rééducation sur cette même fiche, qui réintègre le dossier du patient.

4. SITUATION DE DIVERGENCE D'OPINIONS

Après prescription médicale et bilan effectué par le kinésithérapeute, en cas de divergence sur les modalités de prise en charge du patient, le masseur-kinésithérapeute peut faire appel à la médiation du médecin référent du patient, que ce soit pour la prise en charge initiale ou l'évolution de l'état du patient durant son séjour.

5. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Décret n° 96-879 du 08 octobre 1996.
- Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret ci-dessus référencé.

6. MODALITÉS D'ÉVALUATION

L'évaluation se fait à trois niveaux :

1. Le masseur-kinésithérapeute évalue si la prescription est précise, en adéquation avec l'état du patient.
2. Le cadre kinésithérapeute évalue le respect du protocole de prescription par les différents masseur-kinésithérapeutes. Il répertorie les dysfonctionnements et évalue la charge de travail au travers des prescriptions.
3. Le médecin référent du patient évalue le respect du protocole de rédaction de la prescription et des objectifs et indications qu'elle contient.

■ PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Bernard KOPP
48 ans
Responsable du
Plateau Technique
de Rééducation au
C.R.R.F. de Cerbère (66)
M.K.D.E. en 1978
C.S.K. en 1983

Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis diplômé en 1978 de l'école Cujas à Paris, devenue l'EFOM depuis. Je suis ensuite venu travailler au centre de rééducation de Cerbère, ici dans les Pyrénées Orientales, immédiatement après le diplôme.

Peu après, j'ai fait l'école des cadres d'où je suis sorti en 1983. Dans un premier temps, j'ai assuré les responsabilités de chef de groupe. Très rapidement l'ancien responsable du service de kinésithérapie s'est destiné à d'autres occupations plus administratives (responsable du personnel). Son poste devenu vacant et comme j'étais le seul kiné titulaire du certificat de moniteur-cadre, celui-ci m'a été rapidement confié.

À la suite d'une restructuration de l'établissement au cours de l'année 2000, j'ai été nommé responsable du Plateau Technique de Rééducation. Ce poste n'existait pas. La direction a souhaité avoir deux interlocuteurs privilégiés : une directrice des soins infirmiers et un responsable de plateau technique.

Ma nouvelle fonction consiste à gérer l'ensemble du plateau technique comprenant les services de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'ortho-protèse et d'orthophonie ainsi que les brancardiers, les moniteurs d'éducation physique et maître nageur, soit à peu près à une cinquantaine de personnes. Chacun de ces services est managé par un responsable, chef de groupe.

Comme vous le voyez, je suis un "pur produit" du centre Bouffard-Vercelli. Même si j'ai parfois eu le regret de n'avoir pas connu d'autre établissement ni d'autre type d'activité, je pense, en revanche, connaître parfaitement le fonctionnement et le personnel de notre structure.

Quelles pathologies votre centre traite-t-il ?

L'ancien médecin directeur travaillant également à Garches, les patients de neurologie ont toujours été en forte proportion dans notre établissement.

À sa création en 1976, l'établissement comprenait 150 lits en internat. Les pathologies de neu-

rologie centrale représentaient alors 60 %, dont 1/3 de traumatisés médullaires.

De nombreux établissements de rééducation dans les Pyrénées Orientales s'étant orientés dans la prise en charge de patients de traumatologie, de rhumatologie ou de cardiologie, c'est tout naturellement que nous avons recentré d'avantage notre activité sur ce type de patients. Ils représentent actuellement plus de 80 % de notre population (traumatisés médullaires, traumatisés crâniens, AVC, maladies dégénératives...).

Nous avons actuellement 170 lits adultes en internat et 2 lits d'hospitalisation de jour. Ces deux lits sont occupés par des patients nécessitant des examens ou prise en charge ne pouvant être réalisés ailleurs dans le département (cysto-manométries, injection de toxine-botulique, essai de fauteuil roulant électrique...). Notre éloignement géographique ne nous permet pas d'envisager une augmentation du nombre de lits d'hospitalisation de jour.

Comment avez-vous vécu le passage d'un encadrement mono-professionnel à un encadrement multi-professionnel ?

Je suis passé du statut de kinésithérapeute à celui de responsable de service après un bref passage comme chef de groupe. J'appréhendais un peu la prise de mes nouvelles fonctions mais je crois que j'ai eu affaire à des gens responsables qui ont bien admis mes nouvelles responsabilités.

Ma nomination au poste de responsable du plateau technique s'est passée de la même façon. Je pense que le fait d'avoir occupé tous les postes (kiné, chef de groupe, chef de service et maintenant responsable de plateau technique)

dans l'établissement depuis 24 ans, a entraîné une reconnaissance concrète du personnel des autres secteurs du plateau technique et tout s'est déroulé sans grosse difficulté.

Bien-sûr, il a fallu établir des règles communes de fonctionnement dans les différents services qui jusqu'alors disposaient d'une grande autonomie dans de nombreux domaines tels que la gestion des congés, des absences ou des budgets par exemple. Je crois d'ailleurs que ce poste a été créé pour uniformiser tout cela.

Vous vous êtes aussi investi dans l'élaboration du PMSI, me semble-t-il ?

Effectivement : en 1994, j'ai participé avec un groupe de travail animé par le Professeur Péliissier à la réalisation du catalogue des actes de rééducation dans le domaine de la kinésithérapie. Il m'était apparu intéressant que des professionnels de terrain participent à la mise en place de cet outil qui, de toutes façons, allait nous être imposé par le Ministère.

En 1995, j'ai été formateur PMSI Moyen Séjour à Nancy pour les établissements du quart Nord-Est de la France qui participaient à l'expérimentation nationale et qui impliquait plus d'une centaine d'établissements.

En 1997, avant la mise en place du PMSI, j'ai été formateur à Nice pendant deux semaines pour tous les établissements de moyen séjour de la région PACA.

Dans notre pratique quotidienne, cet outil, à travers les retours internes hebdomadaires que nous fournit notre médecin DIM, nous donne une vision quantitative et qualitative de la prise en charge de nos patients.

Auparavant, ces critères étaient très difficiles à évaluer.

Par contre, il y a maintenant plus de trois ans que l'on fournit des données PMSI quotidiennement, mais devant l'absence de retour de nos tutelles et l'ignorance de la finalité cet outil, il n'est pas toujours facile de maintenir l'ensemble des professionnels mobilisés.

N'y aurait-il pas, parallèlement au PMSI, une possibilité d'évaluer qualitativement nos activités ?

La mise en place de la démarche qualité, avec en finalité l'accréditation, nous a mobilisés et a permis de relancer une nouvelle dynamique dans l'établissement.

De nombreux rééducateurs se sont investis dans différents groupes de travail, avec beaucoup d'intérêt. Ces groupes pluridisciplinaires ont appris aux personnes à travailler de nouveau ensemble (habitude que l'on avait peut être un peu perdue ?), et ont permis de reconnaître le travail de l'autre.

Toutes les professions y sont représentées et je crois que cela mobilise l'ensemble du personnel autour de projets communs.

Concernant le plateau technique, cela nous a permis de formaliser de nombreuses pratiques que nous faisons couramment mais qui n'étaient pas encore "protocolesées". Nous en avons remis en cause, rectifié ou amélioré certaines autres que nous utilisons depuis longtemps, notamment au niveau de certaines règles d'hygiène.

Cela nous a permis d'avoir une véritable réflexion sur notre activité quotidienne.

Dans votre quotidien, quels sont vos principes de gestion ?

J'ai pour principe, cela tient certainement à mon parcours, de ne pas m'isoler. Je reste très proche de mon équipe, à leur écoute. J'essaie de privilégier une communication aisée, afin de gérer rapidement les dysfonctionnements (problèmes matériels, conflits...). Me montrer disponible me paraît indispensable à la bonne marche du secteur de rééducation.

Même s'il existe de nombreux outils de management, je crois énormément aux valeurs humaines. Je pense avoir établi des rapports de confiance mutuelle avec les équipes dont j'ai la responsabilité.

J'essaie de mener une gestion honnête et équitable. Une certaine rigueur est nécessaire puisque je suis garant d'une qualité de prise en charge. Je la compense, autant que possible, par beaucoup de souplesse et de compréhension quand la situation me le permet.

Mon rôle consiste à offrir aux rééducateurs le meilleur environnement possible. Le meilleur environnement possible, cela passe par des moyens humains suffisants, des connaissances acquises grâce à des formations adaptées et gratifiantes, un matériel performant et en quantité suffisante, une ambiance de travail agréable.

Je pense que lorsque toutes ces conditions sont réunies, les personnes conservent une motivation permanente, et sont ainsi aptes à mettre toutes leurs compétences au profit du patient.

Entretien : Michel GEDDA

■ ENCADREMENT

Recrutement : le constat d'un malaise.

Dans cette rubrique, nous devons traiter des différentes façons de recruter nos kinésithérapeutes. Nous avons préparé des questionnaires et même annoncé le thème - à titre d'appel - dans le dernier numéro de *La Lettre*, parallèlement à notre habitude de solliciter directement quelques confrères répartis sur le territoire national.

De nombreuses réponses, fort intéressantes pour la plupart, ont été exprimées oralement, confiées par nos confrères confrontés au manque de kinésithérapeutes *sur la place*. Mais malgré les innombrables solutions originales pour attirer nos jeunes recrues, **la loi du silence** est apparue lorsqu'il a fallu s'engager sur papier avec nom et adresse de l'origine du système D.

En effet, par crainte personnelle ou par interdiction administrative, beaucoup de nos confrères n'osent pas évoquer publiquement ces subtilités de recrutement, dont certaines il est vrai défient les règles de la concurrence, sont parfois même illégales. L'actuelle situation de pénurie nous a mené jusque là...

Trouvant dommage de ne pas faire profiter toute la profession de ces petits *procédés*, nous avons décidé de ne pas annuler le sujet et de publier, de façon anonyme, les propos qui nous étaient relatés.

Chacun se positionnera selon son humeur et sa sensibilité ; nous laissons la rubrique ouverte pour publier dans le prochain numéro vos commentaires...

Courage :

La profession a des idées... mais pas de kinés !

DES FAITS

La plupart des établissements de recrutement, pour avoir la faveur d'un arrivant, oppose le critère financier ; les candidats le reconnaissent et font monter les enchères.

- Certains établissements publics basculent la recrue dans un échelon correspondant à celui qu'il aurait lors de sa titularisation, voire bien plus haut, par le biais d'un premier contrat, le plus souvent d'un an, majoré d'une somme mensuelle d'environ 150 Euros (1 000 francs). C'est pas nouveau et certains considèrent cela comme la moindre des choses.

- Dans la fonction publique hospitalière, les heures supplémentaires travaillées lors des week-end sont considérées comme du travail effectif, donc non majorées (à part l'indemnité de dimanche et jours fériés). Il est alors possible de demander le paiement des heures travaillées (majoration de samedi et de dimanches en heures supplémentaires) avec une récupération - heures pour heures - du temps travaillé. La compensation financière sera alors d'environ 150 Euros (1 000 francs) par week-end de 8 heures.

- D'autres employeurs augmentent directement le salaire de base d'un forfait de 8 heures supplémentaires mensuelles ; c'est illégal mais ça marche nous dit-on.

- Ailleurs, on pratique des primes à l'embauche à la signature d'un contrat de quelques mois (CDD), pouvant aller jusqu'à 3815 Euros (25 000 francs) pour une durée de 24 mois. Attractif...

- D'autres recruteurs proposent des avantages indirects : un logement dans l'enceinte de l'établissement ou une indemnité équivalente de logement pour un logement locatif en ville. Des gratuités pour les repas sont souvent évoquées et semblent devenir un dénominateur commun à tous ceux qui cherchent le candidat.

LA RECHERCHE DE KINÉS : JUSQU'OU IRONS-NOUS ?

Il paraît évident que pour trouver, il faut chercher. Et pour la recherche, il faut se donner les moyens. Certains vont jusqu'au bout et parfois cela paie !

- Les annonces sur Internet sont maintenant devenues une démarche classique. Plusieurs sites proposent dans la profession ce genre de service.

- Certains confrères rappellent des demandes envoyées par Internet aux Ambassades environnantes, avec réponse positive ! Y aurait-il un vivier de kinés méconnu ?

- L'un(e) d'entre nous pratique depuis de nombreuses années la publication *perpétuelle* d'annonces dans les journaux professionnels, le coût financier étant "couvert" par la direction administrative. Si le poste est déjà pris, on possède alors un réservoir de quelque temps...

- D'autres demandent systématiquement les listings des futurs sortants des écoles, quand c'est possible, et démarchent personnellement par téléphone ces candidats à l'embauche ou leur écrivent avec publicité à l'appui... voire même les rencontrer à la



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction des professions paramédicales
et des personnels hospitaliers
Bureau des professions paramédicales et des statuts
et des personnels hospitaliers (P2)
DHOS/P2/M
Dossier suivi par :
Madame MAURHOUX
☎ 01 40 56 43 42
Télécopie : 01 40 56 58 46

REPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 5 FEV. 2002

REÇU LE
12 FEV. 2002

La Ministre de l'emploi
et de la solidarité
Le Ministre délégué à la santé

à

Monsieur le Directeur de l'Institut de
formation en masso-kinésithérapie
17 Rue, rue de Valenciennes
10000 Bruxelles

Suite à l'arrêté royal belge du 3 mai 1999 qui fixe le nombre total de kinésithérapeutes, ayant accès au titre professionnel de kinésithérapie et modifié par l'arrêté royal du 23 novembre 2000, je vous fais part des conséquences de ce texte qui peuvent intéresser directement les étudiants non reçus au concours d'admission et susceptibles d'aller suivre des études de kinésithérapie en Belgique.

En effet, il apparaît qu'aux termes des directives 89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 et 92/51/CEE du Conseil du 18 juin 1992 prévoyant un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur et des formations professionnelles, seuls les étudiants en kinésithérapie dans les écoles belges admis au titre des quotas d'installation prévus pour les années 2005, 2006 et 2007 pourront obtenir l'autorisation d'exercice en France.

Pour chacune de ces années, le quota d'installation sera fixé à 450 étudiants, 270 pour la Communauté flamande et 180 pour la Communauté française. Cet arrêté a donc pour conséquence de limiter très fortement l'accès à cette profession pour les étudiants formés en Belgique qui risquent, pour la plupart d'entre-eux, de se retrouver dans l'impossibilité d'exercer en Belgique comme en France. Il me semble indispensable que vous en informiez les étudiants de votre institut, afin que ceux qui pourraient être tentés par cette voie soient dûment avertis de cette situation.

Pour la Ministre et le Ministre délégué
et par sa Procureur
Par empouvoirement du Ministre de l'Éducation
et de la Culture, de la Santé,
Le Conseil d'État

Jean DEBEAUPUIS

8, avenue de Ségur 75350 PARIS 07 SP - Tél. 01 40 56 60 00

teurs, aux agences d'intérim. Mais après enquête personnelle depuis un mois dans l'Est de la France, les chercheurs de têtes seraient eux aussi en panne pour recruter : les chiffres moyens énoncés seraient de 80 demandes pour un kiné sur le marché.

M'ENFIN...

Recruter...

Recruter... est dorénavant le maître-mot pour chacun d'entre nous.

La difficulté d'augmenter les quotas dans les écoles ne redonnera pas au paysage de demain l'éclaircie dans nos projets de recrutement. Ce n'est pas, non plus, la mise en place des 35 heures dans les services qui va faciliter les choses !

D'autre part, la récente directive du Ministère (voir encadré) exprime clairement la politique de la Belgique pour les années à venir.

Les moyens que nous mettons en œuvre sont avant tout destinés

à nos patients, à la qualité des soins... Même si le pari devient de plus en plus difficile avec des méthodes toujours limitées...

Sachons toutefois préserver, dans tous les cas de figure, ceux de l'équipe qui sont là depuis longtemps afin que ne s'installent deux systèmes de rémunération pour une même profession et une ambiance d'équipe susceptible de refouler toute candidature...



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

sortie des écoles sans même attendre le jour de proclamation des résultats. Les étudiants sont ainsi sollicités plusieurs mois avant à la sortie des cours, en France mais aussi en Belgique. On les traque... De bouche à oreille, par Internet... Habitants à proximité du centre recruteur, à l'école ou à l'autre bout de la France, ils seront bientôt aussi démarchés dès la... première année (témoignage réel).

- Une autre astuce consiste à utiliser le vivier des professionnels diplômés à l'étranger en stage pour équivalence...
- On peut enfin faire appel aux services recru-

■ Cadrekinet.net

Internet : un nouveau support pédagogique ?

L'utilisation de l'Internet pour la formation n'est pas une question mais une *réalité*. Pour ceux qui ont un ordinateur, une connexion et un peu de temps il est possible de se former.

Vous voulez mettre en place une étude statistique ou effectuer une recherche documentaire, et bien allez sur le site de l'Université Joseph Fourier de Grenoble (<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>) et cliquez sur "*les bases de connaissances*".

Vous recherchez une formation sur l'évaluation motrice du handicap, allez sur MODASPECTRA (MOTOR Disability Assessment SPECIALISTS' TRAINING) (<http://www.modaspectra.ee.unian.it/>). Le site est en anglais et vous pouvez, maintenant, donner comme nom et mot de passe "*guest*" pour entrer dans tous les modules.

Si vous voulez changer de métier, vous pouvez même entreprendre une formation à distance et choisir dans le répertoire de cursus (voir l'adresse <http://cursus.cursus.edu/>) une profession ou un sujet d'étude.

En effet, un des grands défis d'Internet est la formation. De chez soi, lorsque vous avez du temps libre, vous pouvez réactualiser une formation, interroger des experts et utiliser des outils de discussion en direct avec des internautes confrontés aux mêmes résolutions de problèmes.

Pour l'enseignant, les programmes comme WebCT (<http://www.webct.com/>) permettent de construire des modules où les étudiants peuvent circuler en fonction de leurs compétences. Par exemple, vous posez 10 questions et en fonction de vos mauvaises réponses, le programme vous attribue les modules que vous devez suivre pour améliorer votre score.

Au passage, l'étudiant peut être "suivi" virtuellement pour voir combien de temps il a passé sur certaines pages ainsi que l'enchaînement des pages les unes par rapport aux autres. L'enseignant peut ainsi réajuster son cours s'il s'aperçoit que pour certains points les étudiants "naviguent" dans tous les sens.

Pour les enseignants en général, des sites ressources permettent de chercher de l'information (<http://www.pedagonet.com/other/franciweb.htm>), ou bien de mieux maîtriser des outils pédagogiques, voire construire des QCM en ligne... (<http://parcours-diversifies.scola.ac-paris.fr/PERETTI/>).

Il existe également des sites pour aider ou former les futurs enseignants. L'Institut de Formation et de Recherche sur l'Apprentissage de la Médecine (I.F.R.A.M.) est basé à la Faculté de Médecine de Marseille (<http://mtcd.timone.univ-mrs.fr/IFRAM/bienv.htm>). Ce site présente un programme de formation et quelques liens utiles. Sa mise à jour est par contre peu fréquente.

Si vous cherchez des fiches pédagogiques, la revue internationale francophone d'éducation médicale "*Pédagogie Médicale*" propose dans un de ces numéros quelques fiches pratiques (http://www.pedagogie-medicale.org/sommaire_vol3.1.html) :

- 12 trucs pour réussir une affiche-poster ;
- une bonne planification ;
- rendre vos notes plus captivantes ;
- liste de contrôle du cahier du participant ;
- liste de contrôle pour le lieu d'activité ;
- les affiches interactives ;
- organiser un atelier ;
- jeu de rôle ;
- l'utilisation du chevalet à feuilles mobiles.

L'accélération des progrès technologiques nous amène à changer notre façon de concevoir l'apprentissage. Combien d'instituts de formation en masso-kinésithérapie possèdent des postes informatiques connectés à Internet ? Combien d'enseignants savent s'en servir ?

Pour ceux qui veulent démarrer et apprendre à rechercher l'information sur Internet, allez vous former au Collège de Rosemont (<http://ccfd.crosemont.qc.ca/cours/trousse/introduction/>), vous verrez, vous prendrez plaisir de manière interactive.

N'est-ce pas deux moteurs de l'apprentissage ?



Pierre TRUELLE,
Responsable de la Chronique.

■ DÉCOUVERTE

Luc MAYNARD,

Vice-Président de l'A.M.F.C.K.

C.S.K. au C.R.F. Valmante, Marseille



A.M.F.C.K.

92, Rue Auguste Blanqui
13005 MARSEILLE

Tél : 04.91.82.50.58

amfck@wanadoo.fr

Association marseillaise pour la formation continue des kinésithérapeutes (A.M.F.C.K.).

L'A.M.F.C.K. est née en l'an 2000. Cette année-là, l'I.F.M.K. de Marseille ne pouvait plus, pour des raisons administrativo-comptables, gérer cette branche. Il fallait donc mettre en place une nouvelle structure.

Cela signifiait trouver un groupe de personnes prêt à assumer la gestion de :

1. une association ;
2. pour la formation continue ;
3. des kinésithérapeutes ;
4. tous seuls comme des grands... tel était l'objectif déclaré. Voilà bien une chose motivante "*la formation continue*"...

Pour toute personne éprise de pédagogie, passionnée par son travail, pouvoir intervenir, un tant soit peu, dans l'approfondissement, l'information et la formation aux perfectionnements et/ou aux nouveautés techniques pour ses confrères, est un projet tout trouvé.

Nous voilà donc partis dans le monde de l'associatif bénévole formateur masso-kinésithérapique :

- Pr Jean-Luc Jouve (chirurgien) : président ;
- Sandrine Scorsone (MK) : secrétaire ;
- Thérèse Chene (bibliothécaire) : trésorière ;
- et moi-même Luc MAYNARD : vice-président.

Nous voulons réussir dans une branche que nous découvrons. Il nous faut apprendre à nous faire connaître, mais aussi à être à l'écoute des attentes de nos consœurs et nos confrères. C'est presque un autre métier...

NOS OBJECTIFS

- Travailler avec des formateurs reconnus.
- Proposer des techniques ou des outils apportant un plus concret et rapide à nos prises en charge quotidiennes.
- Crédibiliser notre métier par un apport approprié de nouveautés complémentaires à notre enseignement de base.
- Accueillir stagiaires et formateurs dans des conditions leur permettant de s'exprimer pleinement.
- Ne pas être déficitaire à la fin de l'année.

Le bilan de l'année 2001 est positif. Nous ne sommes pas déficitaire.

Nous avons rencontré énormément de gens de valeur, tant parmi les formateurs que parmi les stagiaires. Des contacts ont été établis avec des formateurs tels que : Guy Postiaux (respiratoire), Serge Tixa (palpation), Gilles Péninou et son équipe, Michel Gedda son diagnostic et son dossier, Roger Tuffery (Bobath et Perfetti). Des personnalités, hautement compétentes dans leur domaine, pédagogues et qui voient notre métier simplement et le font avancer.

Nous avons pu également offrir des formations en intra-hospitalier, ce qui au départ ne nous paraissait pas évident mais qui prend de l'ampleur (bien que les 35 heures...).

La formation continue est et doit être un "passage obligé" dans notre pratique technique quotidienne (comme pour beaucoup d'autres corporations d'ailleurs... voir le projet de formation continue obligatoire tous les 5 ans des médecins).

Elle doit favoriser nos capacités et nos compétences à proposer à notre clientèle une palette, toujours renouvelée et réactualisée, de techniques adaptées, personnalisées, concrètes et reconnues.

Elle nous valorise auprès de nos prescripteurs (drainage lymphatique, uro-gynécologie, spécificités techniques pathologiques : respiratoire, neurologique, personne âgée...), auprès d'employeurs (kiné du sport avec stretching, levées de tensions...), auprès de nos instances payantes (dossier de soin, diagnostic kiné...), auprès de nos patients (approfondissement d'abord manuels, autre vision de la palpation, découverte de la réflexothérapie...).

Il est évident pour nous que la référence à des formateurs reconnus dans notre profession reste un élément de base au maintien de l'intégrité et de la crédibilité de notre profession.

FORMATION

La qualité des soins en formation initiale : Qui évalue ?

L'article précédent invitait les lecteurs de la Lettre à échanger sur le thème de la formation. La mise en mots de notre expérience paraît déterminante pour faire reconnaître la spécificité du cadre MK.

Cet article, au-delà du concept qualité, nous réinvite, sous une forme intéressante, au débat : évaluation et/ou contrôle. Plus encore, il nous donne à réfléchir sur la nécessité d'introduire une culture qualité chez les étudiants kinésithérapeutes.

par :

Jean BENIELL,

C.S.K., I.F.M.K. - C.H.U. Poitiers (86).

La qualité des soins est aujourd'hui un thème au centre des préoccupations des établissements de santé, car elle risque de devenir demain la condition de leur succès et de leur pérennité. Il paraît indispensable en I.F.M.K. de donner aux étudiants les moyens d'être les auteurs de la qualité de demain.

La qualité était hier intuitive, sensitive, innée, incommensurable, inévaluable et uniquement dépendante de la valeur personnelle des individus. Signifiant travail d'artisan bien fait, puis beauté artistique, elle a par la suite été mise en avant par la production industrielle comme une notion propre à satisfaire des clients, conforme à des références et vérifiée par des contrôles. Aujourd'hui, le terme de *qualité* se régleme et il est très souvent défini par une approche managériale comme "l'ensemble de propriétés et caractéristiques d'un produit ou service lui conférant l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites" du client (norme ISO). Ici, la qualité se détermine, s'apprécie, s'évalue par rapport à une référence ou un modèle : elle est le respect d'une performance spécifiée.

La qualité des soins s'inscrit dans une démarche qui vise à garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. En lisant cette définition, le Cadre-Manager en institution de soins sait déjà que la notion de contacts humains perturbe [1,2] justement la conformité de la réponse apportée aux besoins et aux exigences du droit positif, aux valeurs communément admises, aux règles internes, aux procédures et méthodes de travail, au modèle d'organisation, bref à la qualité telle-quelle (*qualis talis*).

Les institutions de soins organisent leur "système-qualité" à l'aide d'une documentation qui représente une défi-

inition, une normalisation du niveau de qualité par rapport aux besoins des patients (ANAES), et leur "évaluation de la qualité" porte essentiellement sur le fonctionnement des services. Elles apprécient la manière dont sont organisées, préparées et accomplies de multiples tâches, par de nombreux agents, interdépendants à travers des chaînes, des réseaux et des systèmes.

En matière de qualité des soins, les évaluations comparent le plus souvent les pratiques réelles aux pratiques idéales ou optimales telles qu'elles sont définies dans les Recommandations de Pratique Clinique. L'évaluation permet de contrôler, de régulariser et parfois de réguler les produits et les procédures.

Le Cadre-Manager sait comment la mise en place de normes qualité, la rationalité, le contrôle, la formalisation des procédures, la méthode, la rigueur et les règlements risquent de figer l'organisation, de favoriser son maintien en l'état et de freiner son changement [2] et son adaptation [1]. L'ordre supplémentaire, le verrouillage des savoir-faire et la rigidification peuvent conduire le système à une cristallisation dramatique.

Les facteurs de la qualité sont de 3 ordres : technique, méthodologique et humain. Le Cadre-Manager sait justement que s'il fait vivre cet Humain dans un contexte contraint (où seuls comptent le respect des procédures édictées et la mise en œuvre d'actions correctives visant à modifier les comportements pour améliorer des pratiques inappropriées) il prohibe en même temps l'initiative individuelle en désresponsabilisant sans possibilité d'initiative ni d'aucune autonomie [3]. Il sait qu'il ne peut standardiser des comportements. Le facteur humain crée le désordre, l'imprévu. Et à ce moment-là, la qualité des soins ne dépend plus uniquement de procédures, mais aussi de la façon dont les acteurs vont faire face aux situations nouvelles, aux imprévus... La qualité d'un soin réside aussi dans la gestion de l'imprévu.

L'approche seulement technique de la qualité ne prend pas non plus en compte le questionnement personnel du professionnel de santé au sujet de son action dans son rapport à soi, aux autres et à l'entreprise. La qualité a ici également à voir avec l'éthique comme démarche de réflexion personnelle et comme construction individuelle de ce qu'il est bon de faire et qui oriente les décisions et les actions de l'individu. L'étymologie latine (*qualitas*, de *qualis*) désignant une manière d'être, plus ou moins caractéristique (on pourrait dire une manière de se présenter au monde : une posture [4]) rapproche ainsi le concept de qualité des soins du concept de Projet comme articulation du sens (la visée, la politique) et de l'efficacité (le programme) [5]. La qualité signifierait à la fois ordre (efficacité) et désordre (sens) où s'articuleraient les normes aux engagements et valeurs personnels [6].

Comment préparer nos étudiants à être agent, acteur et auteur [7] de la qualité de demain ?

Cette question soulève une difficile problématique du Cadre Formateur. À la lumière de ce qui se pratique en Institution de Soins, promouvoir la qualité en Institut de Formation ne peut se limiter à des pratiques d'évaluation qui soient celles du contrôle. Promouvoir les potentiels et la créativité de nos étudiants n'apparaît possible qu'en mettant les sujets à contribution dans leur propre évaluation : l'évalué, considéré non seulement comme objet de l'évaluation, mais aussi comme sujet évaluant qui s'auto-évalue, un sujet autonome dans sa propre évaluation [8].

Nous présentons en exemple ce qui peut être organisé en formation initiale. La perspective du stage en Institution de Soins est pour nos étudiants une occasion particulière pour les préparer à repérer les dimensions qu'un établissement, un service ou un MK a choisi de privilégier [9] pour définir et organiser leur politique de qualité des soins. Le Cadre-Formateur met en place des dispositifs pour que les étudiants, de retour à l'Institut de Formation, puissent présenter tout d'abord les critères repérés en stage pour ensuite échanger, en situation de groupe par exemple, au sujet de leur signification, valeur et sens.

Ces critères-qualité, repérés, questionnés [10], négociés, signifiés, recadrés [11] en groupe, peuvent être à leur tour proposés et utilisés en fonction de leur niveau de pertinence dans de multiples situations d'apprentissage et de vérification qu'imposent les modules du programme de formation au Diplôme d'État de Masseuse-Kinésithérapeute.

Évidemment le formateur assure aussi la validation des modules ; c'est la commande institutionnelle. Mais amenant à réfléchir et concevoir une qualité articulant *ordre* et *désordre* et utilisant d'autres modèles de l'évaluation que le contrôle, il promeut les potentiels de l'étudiant, sa créativité, son inventivité, son individualité et la nécessaire autonomie pour être Auteur dans ce que seront justement les projets de qualité de demain.

Références

1. Morin E. La méthode 1 : la Nature de la Nature. 1977. La méthode 2 : la Vie de la Vie. 1980, Seuil, Paris.
2. Crozier M. Friedberg E. L'acteur et le système, Seuil, Paris, 1977.
3. Ardoino J. Management ou commandement, participation ou contestation. A.N.D.S.H.A., Epi éd., Paris, 1970.
4. Vial M. Le travail en projet. Voies-Livres, Lyon, 1995.
5. Boutinet JP. Anthropologie du projet, 4^e éd., P.U.F., Paris, 1996.
6. Henriot M. La qualité dans les organisations publiques : une problématique d'évaluation. En question, n°28, Aix-en-Provence, 1999.
7. Ardoino J. Berger G. D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes. Matrice-A.N.D.S.H.A., Paris, 1989.
8. Ardoino J. Au filigrane d'un discours : la question du contrôle et de l'évaluation, Préface de Morin M. L'imaginaire dans l'éducation permanente. Gauthier-Villard, Paris, 1996.
9. Bonniol JJ. Vial M. Les modèles de l'évaluation. De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 1997.
10. Vial M. L'auto-évaluation, entre autocontrôle et autoquestionnement. En question, n° 12, Aix-en-Provence, 1997.
11. Watzlawick P. Helmick J. Jackson Don D. Une logique de la communication. Seuil, Paris, 1972.



Richard GOUARNÉ,
Responsable de la Chronique.
ifmk.direction@chu.poitiers.fr

DOCUMENTATION

L'indexation.

par :

Laurence FIGUÈRE,
Documentaliste à l'ANAES.

L'indexation est un processus destiné à représenter par un langage documentaire ou naturel des données résultant de l'analyse du contenu d'un document ou d'une question.

PROCESSUS D'INDEXATION

C'est un des éléments de description d'un document, (ouvrage, article de périodique, thèse, rapport, périodique etc) qui complète la description bibliographique, appelée également *description signalétique* ou *catalogage*.

Cette description contient obligatoirement les éléments suivants : **auteur, titre, année de publication, source** (*lieu d'édition, éditeur, langue, pays*), **nombre de pages, ISBN ou ISSN**. Pour les périodiques ajouter : **titre de la revue, volume, numéro**.

- *Exemple pour un ouvrage :*
 - **Auteur :** Gedda M
 - **Titre :** Décision kinésithérapique
 - **Lieu d'Édition :** Paris
 - **Editeur :** Edition Masson
 - **Année :** 2001
 - **Pages :** 307 p.
 - **Pays :** France
 - **ISBN :** 2-294-00434-5
 - **Langue :** Français
- *Exemple pour un périodique :*
 - **Auteurs:** Société Française de Gastroentérologie
 - **Titre:** Révision 1999 de la conférence 1995 Hélicobacter pylori
 - **Lieu d'Édition :** Paris
 - **Editeur :** Masson
 - **Année :** 1999
 - **Pages :** 104 p.
 - **Volume :** 23
 - **Numéro :** 10 bis
 - **Titre de la Revue:** Gastroentérologie Clinique et Biologique
 - **Pays :** France
 - **ISSN :** 0399-8320
 - **Langue :** Français

SÉLECTION DES CONCEPTS

Elle s'effectue grâce à l'analyse de contenu du document, basée sur une lecture efficace et particulièrement les éléments porteurs d'informations : **titre, résumé, table des matières, début de chapitre, sommaire, conclusion, illustration, tableaux, mots clés attribués par d'autres sources**.

Après analyse, la transcription en langage documentaire se fait grâce à un outils papier ou informatique le **thésaurus** (*répertoire alphabétique de termes normalisés pour l'ana-*

LES RÈGLES D'OR DE L'INDEXATION

1. Conformité : Les mots clés doivent être le reflet du contenu du document.
2. Spécificité : Toujours indexer avec les termes les plus spécifiques (indexation la plus précise dite indexation fine).
3. Impartialité : Aucune évaluation personnelle : faire apparaître uniquement les notions propres au document.
4. Cohérence : L'indexation de plusieurs documents sur le même sujet doit être identique.
5. Homogénéité : Appliquer de façon homogène les règles d'indexation établies dans votre entreprise.
6. Indexation multiple : On met autant de descripteurs nécessaires afin de couvrir tous les aspects du document, mais la sur-indexation crée du bruit lors de l'interrogation. Par contre, une sous-indexation engendre du silence (certains documents ne ressortent pas lors de l'interrogation), la norme AFNOR NF Z47-102 indique 3 à 10 mots clés maximums.
7. Synonymie : Éliminer les synonymes.
8. Masculin - singulier : Tous les termes utilisés pour l'indexation sont des substantifs masculins singuliers (pas de féminin, pas de pluriel).

lyse de contenu du document et le classement des documents).

TRADUCTION EN LANGAGE DOCUMENTAIRE

C'est un langage constitué d'un ensemble de termes appelé **mots clés**, utilisés pour représenter le contenu des documents dans le but de classer et chercher ces documents.

Afin d'éviter un trop grand nombre de réponses lors de la recherche, il faut utiliser les **mots clés** ou **descripteurs** (*mots ou expression du thésaurus représentant le contenu du document*) le plus précis possible.

- **Auteurs :** Chatrenet Y, Kerkour K.
- **Titre :** Rééducation des lésions ligamentaires du genou chez le sportif.
- **Lieu d'édition :** Paris
- **Editeur :** Masson
- **Année de publication :** 1996
- **Pages :** 140 p.
- **Pays :** France
- **ISBN :** 2-225-85115-8
- **Langue :** Français
- **Mots Clés :** Rééducation ; Genou ; Médecine sport ; Traumatologie ; Membre inférieur ; Articulation

L'indexation se fait en fonction des besoins actuels et futurs des utilisateurs, l'objectif est la recherche efficace.

VALIDATION DE L'INDEXATION

Une fois l'indexation terminée, on interroge sa base de données afin de s'assurer que les mots clés utilisés n'engendrent pas trop de bruit (*c'est-à-dire de réponses hors sujet*).

Il faut également uniformiser l'indexation le plus possible, comparer le document que vous êtes en train d'indexer avec les documents déjà indexés sur le même

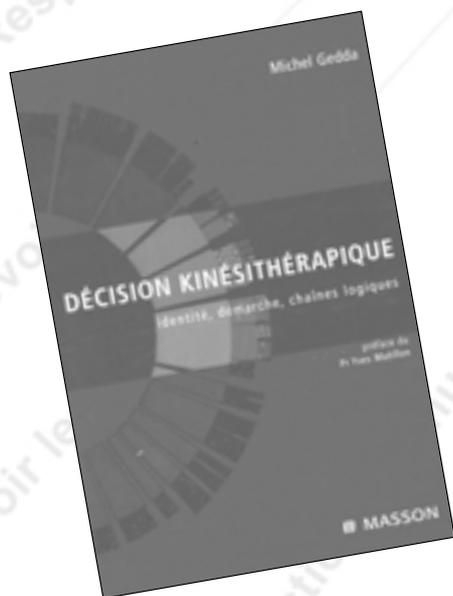


Emmanuelle BLONDET
Responsable de la Chronique.
e.blondet@anaes.fr

professionnels et étudiants :

votre guide de référence

POUR VIVRE LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE



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.

SELON SES PROPRES CONCEPTS

Pour commander cet ouvrage :

Éditions Masson – 120, bd Saint-Germain – 75272 PARIS Cedex 6

MASSON