



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 19 - Janvier 2003

■ ÉDITORIAL

Il suffit de s'occuper une fois d'un patient, en face à face, à pleines mains.

Chercher les signes cliniques qui indiqueront les anomalies structurelles et dysfonctionnements responsables des troubles. Décrypter les arcanes des symptômes confus.

Prendre le temps d'écouter cette individualité exprimer ses craintes et attentes pour ensuite y répondre du mieux de sa propre insuffisance.

Adapter le dispositif technologique correspondant à la particularité des problèmes traités et l'enrichir encore de toute sa créativité.

Il suffit de suivre un patient, durant ces quelques jours d'espoir qu'il nous confie un peu, pour se rendre compte

combien l'approche clinique, l'écoute, le temps, la thérapie manuelle sont des procédés utiles et nobles. Humainement nobles.

Et que le cadre a pour mission de garantir.

Par formation et organisation, le cadre valorise les potentiels de l'art clinique. Il est le dépositaire de cette richesse à transmettre et à favoriser avec générosité et proximité.

Par formation et organisation, le cadre donne ainsi du sens à sa profession à partir des besoins de santé. L'adaptant à leur permanente évolution.

Car la pertinence de la Masso-Kinésithérapie vient de ce qu'elle apporte à la population.

Michel GEDDA
Directeur de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 18 :
Jean-Yves GARNIER
- Parcours d'un cadre kiné :
Mireille CLERC
- Découverte :
I'E.N.P.H.E.
- Débat d'opinion :
Pierre FAILLETAZ
- Nos rubriques courantes

COMITÉ DE PUBLICATION

- **Daniel MICHON**
Directeur
E.C.V.P. de Lausanne
- **Marie-Odile PAILLET**
Chargée d'enseignement
Dijon
- **Philippe RIGAU**
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-Adjoint
Polyclinique d'Hénin-Beaumont
- **François ZIMMERMANN**
Enseignant-Formateur
I.F.M.K. de Strasbourg

Coordination :

- **Michel GEDDA**
Directeur
I.F.M.K. de Berck-sur-Mer
- **Jean-Charles NARCY**
Berck-sur-Mer

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. - I.F.M.K. - Avenue du Phare - B.P. 62 - 62602 BERCK-SUR-MER CEDEX

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Juin 2002 : Numéro 18

par :

Jean-Yves GARNIER

Honorifique mais dangereuse sont les 2 adjectifs qui siéent, à mon avis, à cette rubrique. Une sorte de mise en jambe intellectuelle quelque peu nombriliste. Néanmoins la mise en pratique de l'esprit de l'agora.

Quoi de plus tentant que la critique des écrits de confrères lorsque l'on a rien (ou trop) à dire ?

Comme il serait plaisant de faire le malin par effets de style ou de propos vitriolés !

Mais comme une relecture sans prise de position ou emplie de congratulations béates serait décevante.

C'est donc par le hasard d'une conversation téléphonique, sans contrainte, mais parce que mon avis semblait marqué que Michel Gedda me désigne "relecteur" du n°18.

• Editorial (page 1) :

*Il y a toujours de l'espoir
pour qui sait se secourir lui-même.*

Du "tout Gedda". Je ne comprends pas toujours ce que cela veut dire et pourtant voilà du langage de cadre pour les cadres. Le pire, c'est que c'est contagieux. Est-ce l'art de semer les ferments de la révolution sans en avoir l'air ou l'art de l'abstraction abstraite ?

Sûrement la recherche de motivation ou mobilisation générale. J'y entends l'écho d'un article de F. Dufey rappelant que l'énergie prime souvent sur les raisons. Opinion que je partage.

Toujours est-il que cela me met en jambe : prêt à décrypter les idées (hautes) de la profession. Comme le voulait certainement l'éditorialiste...

• Professions santé (page 2) :

Directeurs des soins.

L'AP-HP à la pointe du changement, du progrès pour certains, de la régression pour d'autres. C'est pour moi l'article le plus en phase avec mon actualité et donc celui qui m'a le plus intéressé : force est de constater que la fonction cadre est pour nous le bout de l'aventure statutaire salariée. Et même si je suis plutôt allergique au côté obscur et hospitalier de la force hiérarchique, ("2^{ème} classe, 1^{ère} classe..."), je me ravis de la reconnaissance de cette nouvelle fonction pour trois raisons :

- Il s'agit d'une histoire déjà ancienne trouvant un aboutissement puisque déjà l'interview de Y. Cottret (N°4 de La Lettre - juin 1995), puis celle d'A. Bourdil (N°5 de La Lettre - octobre 1996) mentionnaient la nécessité de la créa-

tion de cette fonction, si ce n'est par égalitarisme avec les infirmières, au moins par nécessité fonctionnelle ;

- Les salaires du monde *soignant* étant sans rapport avec ceux des entreprises (à niveau de compétence et d'étude équivalent), j'y vois un progrès pour un petit nombre d'entre nous.

- Le droit rejoint la réalité, car nombre de C.S.K. "supervisent" aussi des professions non kinésithérapiques (ergothérapeutes, aides-soignants...) et s'investissent dans des missions dites transversales (P.M.S.I., hygiène, prévention et sécurité, formation...).

F. Bizouard regrette l'aveuglement de la procédure qui oublie les valeureux anciens ayant contribué à cette avancée en ouvrant à grand peine cette porte. J'y ajouterais : dommage que ce texte soit destiné à une vocation très publique hospitalière (cf. le décret ouvrant peu de possibilité formative aux personnels hors fonction publique et en tout cas à moindre rémunération). L'hôpital partage avec les centres de rééducation (P.S.P.H. ou non) la rééducation institutionnelle.

J'ai l'espoir que la fonction aura valeur d'exemple au niveau des coordinateurs de plateau technique dont on peut se demander à la lecture du décret n°2002-550 du 19 avril 2002, s'il ne s'agissait pas diplomatiquement de redorer le blason des ex-infirmiers généraux.

• Relecture du précédent numéro (page 3) :

Vision fractale.

"Et plus je me mirais et plus je m'admirais", cf. l'avant-propos puisque point trop n'en faut.

• Information & Appel à construction (page 3) :

*Licence des sciences de l'éducation
& Partageons nos cours.*

Des petits plus qui en sont parfois de grands : personnellement réservé quant à l'adéquation entre les sciences de l'éducation et la fonction de cadre de santé (au moins pour les responsables d'équipes). Je ne demande qu'à ce que l'on me prouve le contraire, et comme beaucoup d'entre nous, qu'à m'instruire tout en gardant les pieds sur terre. En attendant j'éprouve du respect pour une des rares passerelles entre les formations des rééducateurs et l'Université.

Jean-Louis Estrade nous invite au partage des connaissances. Ce n'est pas gagné d'avance, mais c'est crédible car il est un des rares à l'avoir fait ("bilan et évaluation de l'appareil locomoteur à l'adresse <<http://perso.club-internet.fr/carres/>>). Au-delà du sentiment de propriété et de pouvoir par détention de l'information, la générosité de l'enseignant. Certainement la mise en ligne des cours de technologie de base et des mémoires (faits pour être lus)

doit être plus aisée que les techniques innovantes qui sont plus que parfois, une source de revenus complémentaires pour les formateurs.

• **La F.N.E.K.E.** (page 3) :

Création de la Fédération Nationale des Étudiants Kiné et Ergo.

Chers étudiants s'associant entre rééducateurs : à la bonne heure. Peut-être sauront-ils montrer plus d'ouverture d'esprit que lorsque nous étions à leur place. Ils revendiquent (déjà ?) une revalorisation de leur futur diplôme : à la bonne heure.

Ils veulent :

- une acceptation réelle et non fictive au sein des structures universitaires financières (C.R.O.U.S., bourses...), légitime à l'heure de la généralisation lente mais continue du concours commun avec les P.C.E.M. 1 ;

- une réflexion sur l'amélioration de l'encadrement en stages, des indemnités de stages, le remboursement des frais de transport, de logement ;

... *le beurre et l'argent du beurre ?*

Personnellement ma position s'est affinée au cours des ans :

- soit les étudiants sont rémunérés (même partiellement et peu importe par qui *a priori*) et les cadres doivent leur définir une charge de travail, donc un rendement minimum. Dans ce cas, point n'est la peine de réfléchir à l'amélioration permanente de l'encadrement, ce serait "apprentissage pratique sur le tas", comme les étudiants en médecine avec pourquoi pas encadrement par les étudiants des classes supérieures ;

- soit les étudiants reconnaissent un système de compagnonnage excluant au maximum les relations financières (vous me donnez votre savoir et votre tour de main *au maximum* et en contrepartie je vous aide un peu / cf. article de P. Castel dans La Lettre n° 14 - juin 2000). À la fois engagement moral et responsabilisation des formateurs comme des étudiants.

Je préfère la seconde solution, pour avoir testé les deux en tant qu'étudiant.

• **Perspectives** (page 6) :

***Engagez-vous, rengagez-vous
à l'Institut de Formation des Cadres de Santé
de Saint-Etienne.***

56 infirmiers(ères) et 5 kinés : plus d'inconvénients que d'avantages, mais rien de rédhibitoire. D'ailleurs peut-on encore trouver une école de cadre à majorité de rééducateurs en France ?

Une autre question pas innocente : combien coûte, tout compris, une école de cadre et en combien de temps s'amortit-elle ?

• **Pub** (page 9) :

Le kiné social Jurassien.

Tiens le Jura ! Merci Salins-les-Bains. Merci M. Gedda ? Peu importe : La Lettre est gratuite et gérée par des bénévoles alors *merci*.

• **Débat d'opinion** (page 8) :

Problématique et diagnostic kiné.

Encore une définition plus précise du diagnostic kiné. Est-ce qu'à force de disséquer l'affaire nous ne la compliquons pas ? Il est vrai que le "champ théorique" de la kinésithérapie est parfois flou. Plus que celui de la médecine ou de la psychologie ? J'en doute. Je suis un peu las de ce sujet. Ne nous flagellons pas et faisons du diagnostic (comme nous faisons : sans le savoir). Ayons le courage de l'appeler diagnostic et systématisons-le. Alors par le vécu, la vision macroscopique (certains diront systémique) je crois que ceci s'éclaircira.

Je reconnais néanmoins que la profession de kiné continue à s'enrichir grâce au colossal travail de fond (conceptuel) auquel d'aucuns se livrent. Le livre "Décision kinésithérapique" (page de couverture) en est le dernier et meilleur exemple. Il est vrai que nous souffrions un réel retard sur ces sujets touchant l'identité de la profession. La rançon du pragmatisme et souvent de l'empirisme.

• **La question naïve** (page 8) :

Aficionado du mot du jour car un peu de cogitation ou de rêverie nuisent peu et inspirent parfois.

• **L'A.F.R.E.K.** (page 9) :

De comment prescrire.

Je n'entends pas le second paragraphe : le pouvoir de décision pour prescrire ou pour réaliser la rééducation ? Si les médecins étaient présents dans les établissements 24/24h, ils feraient automatiquement des prescriptions bien faites ou ce ne serait alors plus de leur responsabilité ?

Pas de texte réglementaire obligeant le médecin à rédiger sa prescription lui-même. Mais l'article L 487 du Code de la santé publique précise l'obligation du kiné à agir sur prescription et le titre XIV (introduction) de la N.G.A.P. mentionne la prescription médicale écrite (à vocation libérale stricte ?).

A priori la méthodologie de la prescription de rééducation fait déjà partie des connaissances communes aux rééducateurs. Mais rien n'est évidence pour la science et c'est donc un des rôles de la société savante que de nous le remémorer.

Si le modèle du protocole de prescription est inutile aux rééducateurs sûrement est-il utile aux médecins ou aux cadres à la recherche de prescriptions de qualité ou de prescriptions tout court.

J'attends la suite pratique ou le résultat du travail entrepris par G. Pierron, E. Viel et les étudiants cadres de Bois-Larris : un guide de prescription des rééducations.

• **Parcours d'un cadre de santé** (page 11) :

**Bernard Kopp, responsable
du plateau technique au C.R.R.F. Cerbère.**

Un coordinateur de plateau technique aux réponses politiquement correctes : cette appellation me conforte dans la conviction qu'il s'agit d'une voie d'avenir, car plus transversale. C'est un moyen non négligeable pour travailler en synergie de rééducateurs autour du patient.

Le PMSI "vision quantitative et qualitative de la prise en charge", on peut en douter. D'ailleurs la question "*N'y aurait-il pas, parallèlement au PMSI, une possibilité d'évaluer qualitativement nos activités ?*" indique aussi cette circonspection.

Des questions plus actuelles sur le sujet pourraient être :

- Quelle fiabilité ont les données PMSI en fonction du mode de recueil des informations (papier/informatique, centralisé/décentralisé, standardisé/individualisé...)?

- **Le paiement à la pathologie est-il pour bientôt** (et quand) ?

- **Serait-il bénéfique et pour qui ?**

"*Vos principes de gestion ?*", j'attendais une réponse plus originale, voire financière. Peut-être la question était-elle trop large.

• **Encadrement** (page 13) :

**Avant la qualité des rééducateurs,
il faut un minimum de quantité de rééducateurs.**

Des pratiques de recrutement tabous parce qu'illégales ou déloyales. Nous le savions, La Lettre le confirme.

Au delà d'une limite de confraternité apparaissant ici, cet article sera utile aux cadres se trouvant dans l'obligation d'exprimer à leurs directions de combien est la rémunération minimum pour pouvoir recruter.

Quel dommage que le tabou soit prépondérant sur la recherche commune de solutions durables.

Beaucoup préfèrent utiliser le *système D* plutôt que d'affronter leur hiérarchie. En effet, plaider l'augmentation de salaire pour "n-1" peut facilement être assimilé à une œuvre déloyale vis à vis de son employeur, un aveu d'impuissance ou d'incompétence.

Il est plus aisé d'espérer que les choses s'améliorent par une directive nationale, ou au moins de son "n+1".

Visiblement tout tourne autour des rémunérations. Je le constate régulièrement, si certains kinésithérapeutes sont intéressés par les conditions de travail du salariat, ils les comparent entre elles et avec les rémunérations libérales. C'est parfois déplaisant mais logique.

La Lettre nous propose d'exposer nos petits secrets. Peut-être la rédaction pense-t-elle aussi aux actions non rémunératrices de motivation à l'emploi salarié. Hors si toutes les solutions exposées dans l'article sont liées à la rémunération et aux "avantages en nature", peut-être est-ce parce que les niveaux de rémunération sont devenus si bas par rapport "au prix du marché" que les solutions managériales ne font plus un contrepoids suffisant.

Voilà un sujet chaud et passionnant. Et que dire de la difficulté à faire non pas "un recrutement" mais "un bon recrutement". Promis, je proposerais un article sur ce thème à la rédaction, tant que je suis parti à écrire et tant que je n'ai rien à cacher sur le sujet...

• **Cadrekiné.net** (page 15) :

Formation en ligne ?

De l'info brute et pratique. Le style *recta* de P. Trudelle pour nous inciter à utiliser Internet comme outil de la formation.

J'ai donc testé les sites proposés :

La plupart des formations proposées sont payantes. Les sites les plus pros sont en anglais. Il y a peu à pas de choses sur la rééducation-réadaptation. Mais parfois on trouve des pépites gratuites... C'est ce qui nous est livré.

Un bémol : il faut plus qu'un peu de temps pour utiliser Internet comme outil de formation. Il faut du temps (distance en moins). À titre d'exemple, pour visiter les sites proposés, j'ai mis 2 heures, à la maison sur le temps perso bien sûr. Sans regret parce que c'est du concret, bien sûr.

• **Découverte** (page 16) :

**Association Marseillaise
pour la Formation Continue en Kinésithérapie.**

"Le monde de l'associatif bénévole", une spécialité française type 1901. Une force qui permet des déblocages de situations administrativo-stratégico-bloquées avec en prime l'autonomie et donc un peu de liberté. Pourvu que l'abondance d'associations ne tue pas l'enthousiasme des "associés" comme l'abondance d'informations peut noyer l'information.

Je me demande pourquoi un chirurgien préside une association de formation kiné et jamais l'inverse. Peut-être parce qu'il a eu la gentillesse de répondre favorablement à une sollicitation... Personne ne trouvera à s'opposer au développement de la formation continue.

J'aurais aimé lire quelque chose sur les prix parfois refroidissant des formateurs et sur les difficultés à réaliser des formations *intra* en situation de pénurie de kinés. Comment concilier la dénonciation d'un manque de personnel et le temps de travail alloué à la formation tout en gardant sa cohérence ? Seul, reste en lice l'argument en faveur du maintien à niveau, du développement,

de la bonification, de la motivation, voire du maintien dans l'Institution. Le patient y étant fort peu réceptif le jour de la suppression de sa propre séance pour cause de formation.

- **Formation** (page 17) :

Qui évalue la qualité des soins en formation initiale ?

Impliquer les étudiants à la démarche qualitative : élémentaire, encore fallait-il y penser et oser. L'accréditation nous gagne. Où nous mène t-elle ? J'aurais titré "Qu'est-ce que l'on évalue ?" : J. Benielli y fait le tri.

Les réponses sur la place particulière de l'étudiant dans la démarche qualitative ou sur la façon adéquate de l'enseigner m'apparaissent vagues. Si la conceptualisation sur la façon d'enseigner avant la mise en pratique peut amener plus d'efficacité au final : Amen.

- **Pub** (page 18) :

Franco & Fils

Oldies but goldies !

- **Documentation** (page 19) :

À l'index et à l'œil.

Ayant une petite mémoire, les connaissances étant de plus en plus étendues, les services documentaires me sont devenus incontournables.

Selon l'avis de ma documentaliste favorite : un article de bonne facture, en langage accessible aux non spécialistes.

- **Pub** (4° de couverture) :

Livre "Décision kinésithérapique" (Masson).

Un livre rare en kinésithérapie donnant entre autre une vision plus approfondie du diagnostic kinésithérapique que le premier et précédant livre sur ce sujet.

La mise à plat de "comment pense le kiné" et pourquoi il se "confrérie bien". Ça gêne parfois aux entournures, parfait, je l'ai acheté... pour mes soirées d'hiver.

EN CONCLUSION :

Ces propos valant le billet d'une fois et l'humeur d'une heure. Ils ont la responsabilité de l'autocritique depuis le numéro 11 de *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute*, pour être selon le vœu de la rédaction : "un outil de communication ouvert".

Parfois politiquement incorrect pour que la relecture essaye d'être plus qu'un résumé.



Jean-Yves GARNIER,

Coordinateur du Plateau Technique
Clinique "Les Grands Chênes", Bordeaux

MÉMOIRES CADRES

L'écriture des pratiques professionnelles.

Le recours à l'écriture (manuscrite ou dactylographiée) ne cesse de se renforcer dans la pratique kinésithérapique quotidienne.

La rédaction de protocoles de soins, la "recommandation" (forte) de remplir des dossiers-types (ANAES, mars 2000), l'obligation de recourir à des transmissions écrites (décret 2000-577 du 27 juin 2000) ne laissent que peu de latitude aux membres de la profession imprégnés d'une culture où la tradition fait passer la communication par le verbe ou par le contact manuel.

Compte-tenu de la résistance atavique que notre profession oppose à tout ce qui s'apparente de près ou de loin à cette normalisation de l'écriture, nous avons souhaité orienter cette rubrique sur "l'écriture et les pratiques professionnelles".

• **En 2001, Thierry Bouvier** (I.F.C.S. de Nantes) réalise un travail de recherche intitulé "L'écriture des pratiques professionnelles ou comment construire sa pensée en développant son identité personnelle et professionnelle".

Lors d'un entretien auprès d'un masseur-kinésithérapeute, l'auteur tente de comprendre la position du MK par rapport à son écrit professionnel. Le choix s'est porté sur un kinésithérapeute travaillant en milieu hospitalier sur plusieurs secteurs de court séjour. L'entretien s'est déroulé en deux entrevues de 45 minutes.

Le recueil d'information est analysé en 3 parties :

- l'écriture comme outil de communication avec soi-même ;
- l'écriture comme outil de communication avec autrui ;
- l'écriture abordée selon la logique du sens et du contrôle.

Thierry Bouvier déduit de son étude que l'écriture professionnelle se développe inévitablement dans une logique de contrôle (par exemple dans les dossiers de soins).

Cependant, elle amènerait également à structurer la pensée et serait assimilée alors à un véritable outil de construction identitaire personnelle et professionnelle.

• **En 2000, Fabienne Siani-Trebern** (I.F.C.S. de Lyon) dans son mémoire intitulé "Entre autonomie et normalisation : Quelles réalités en kinésithérapie ?", réalise une enquête auprès des kinésithérapeutes salariés pour préciser le sens qu'ils donnent à la démarche d'accréditation.

Soixante questionnaires ont été adressés dans quatre régions (Rhône-Alpes, Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord/Pas-de-Calais) avec un courrier explicatif destiné aux différents chefs de service. Sur les 12 établissements, 7 appartiennent au secteur public et cinq au secteur privé.

Le taux de réponse est de 63%. Voici quelques exemples de questions et de réponses :

Les questions 4 et 13 portent sur des notions de terminologie : définition d'un protocole et différence entre *protocole* et *procédure*.

Le dépouillement des réponses obtenues met en évidence autant de définitions que de réponses ; ce qui indique qu'il n'existe pas de consensus autour de la terminologie. Fabienne Siani-Trebern propose une définition élaborée à partir des réponses analysées "*Un protocole est une conduite à tenir appliquée à une pathologie spécifique, établi et validé en consensus avec l'équipe médicale, précisant les précautions, interdits et délais à respecter, constitué des techniques reconnues comme efficaces pour une prise en charge adaptée au patient*".

À la seconde question, les kinésithérapeutes répondent majoritairement qu'ils différencient bien *protocoles* et *procédures*. Leurs propositions font ressortir "le caractère organisationnel de la procédure au sein duquel est inclus l'aspect opératoire et technique que représente le protocole".

La question 7 pose "*Quels seraient selon vous les éléments méthodologiques à retenir ?*"

Les éléments méthodologiques à retenir dans la mise en place des protocoles et des procédures se répartissent en trois phases :

- une phase *exploratoire* comprenant une recherche bibliographique, un *brainstorming* avec les personnes concernées, l'utilisation des références de consensus...
- une phase de *rédaction*, réalisée par le cadre ou une personne déléguée par lui ;
- une phase de *validation* qui inclut des remises à jour régulières.

Quelques kinésithérapeutes ont proposé également, dans la mise en place des protocoles, une notion de contrat d'objectif avec le patient en rapport avec

le diagnostic kinésithérapique. Celui-ci comprend un bilan initial, des objectifs à atteindre, des bilans intermédiaires et un bilan de sortie.

Question n°10 : “*La mise en œuvre des protocoles de rééducation contribue-t-elle d’après vous à...*”.

D’après les kinésithérapeutes interrogés, la mise en œuvre des protocoles de rééducation contribue dans 45% des cas à améliorer la qualité de la prise en charge, dans 34% des cas à répondre à la démarche d’accréditation, dans 13% des cas à évaluer la prise en charge et dans 8% des cas à dynamiser l’équipe.

Question n°12 : “*Pensez-vous que protocoles et marges de liberté puissent être associés ?*”

Une majorité de MK pense qu’un protocole laisse une marge de liberté. Les arguments recensés sont la liberté du choix des techniques, la personnalisation de la prise en charge en fonction du patient, le cadre non rigide et adaptable en fonction du patient.

Ce travail réalisé par Fabienne Siani-Trebern met en évidence l’absence de clarté autour de la terminologie utilisée dans le cadre de l’accréditation comme par exemple sur le terme de *protocole*.

En revanche, les kinésithérapeutes ayant répondu aux questionnaires semblent conscients que des “règles de bonnes pratiques” en kinésithérapie (si possible nationales, voire internationales) permettraient une reconnaissance et une crédibilité renforcées, nécessaires à l’évolution de la profession.

En conclusion, si ces deux concepts que sont l’écriture des pratiques professionnelles et l’autonomie paraissent de prime abord antinomiques, les kinésithérapeutes semblent convaincus de la nécessité de normaliser les pratiques professionnelles, de l’importance des transmissions ciblées et de la tenue du dossier de soins en restant attachés à la liberté des moyens et des techniques en lien avec le décret d’actes de 1996.

NOTA BENE :

2 autres mémoires ont abordé ce thème :

- Fenelon S. Évaluation des pratiques chez les Masseurs-Kinésithérapeutes. I.F.C.S. du C.H.U. de Bordeaux. 2000.

- Fischer JF. Écrire dans le dossier du patient : c’est facile à dire... I.F.C.S. du C.H.U. de Strasbourg. 2001.



Aude QUESNOT,
Responsable de la Chronique.
aude.chanussot@wanadoo.fr

■ RENTRÉE SCOLAIRE DANS LES 11 INSTITUTS DE FORMATION CADRE MK

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

Aix-en-Provence : 3 - Bois-Larris : 6 - Bordeaux (Pessac) : 0 - Grenoble : 2 - Marseille : 5
Montpellier : 9 - Nantes : 2 - Paris (AP/HP) : 8 - Paris (C.R.F.) : 13 - Saint-Étienne : 1 - Strasbourg : 0

■ DÉBAT D'OPINION



Pierre FAILLETTAZ,

Cadre de Santé Kinésithérapeute
C.H.U. de Poitiers (86)

Le diagnostic kinésithérapique est-il une activité de problématisation ?

La réponse à cette question n'est certainement pas univoque et dépend largement du cadre de référence.

Les positivistes répondront qu'il existe une réponse ; les constructivistes penseront que c'est aussi à nous de répondre à la question. Mais avant de répondre, il serait peut être intéressant de tenter une définition du diagnostic kinésithérapique. C'est l'**acte** initial de la prise en charge kinésithérapique :

- Il consiste à identifier, évaluer et exprimer les problèmes fonctionnels présentés par le patient et leurs incidences pour élaborer une **stratégie** d'intervention en vue d'apporter des réponses actuelles, pertinentes, satisfaisantes, techniques et relationnelles et relevant de notre **champ professionnel**.

- Il intègre la **globalité du patient** (projet de vie, plainte, etc...) et repose sur un processus de **choix et d'interprétation** des bilans initiaux en conformité avec la législation en vigueur (décret d'octobre 1996).

- Il s'inscrit dans la perspective de la **prescription médicale** (si elle est qualitative et/ou quantitative) et débouche sur la mise en œuvre d'un projet de rééducation respectueux de cette dernière.

De la notion de choix inscrite dans le décret découle la nature problématique de la démarche diagnostique. Un choix s'opère sur au moins deux possibilités. On peut définir la problématique comme l'ensemble des questions qui se posent par rapport à un problème particulier ; autrement dit l'ensemble des questions qu'un kinésithérapeute peut (et peut être devrait) se poser devant un patient et une prescription médicale.

Dépourvue de son caractère problématique, la démarche diagnostique pourrait très bien être assurée par un bon ordonnateur avec les bons logiciens.

Le caractère problématique de la démarche est ce qui lui donne toute sa valeur **socio-professionnelle**, qui permet à chaque praticien d'apporter de la valeur ajoutée en ne se contentant pas de mettre en application *stricto sensu* des protocoles conçus par d'autres et pour tous ; il nous permet de ne pas instrumentaliser le malade.

Cette définition pose en elle même le problème de l'existence du *champ professionnel* ; laquelle découle de l'existence du diagnostic et réciproquement.

Selon cette définition, on peut considérer le diagnostic kinésithérapique comme la clé de voûte de notre champ professionnel : il est la reconnaissance par la société de notre capacité à **dire le problème** en vue d'y apporter des réponses satisfaisantes. Sans diagnostic peut-on vraiment parler de champ professionnel ?

Est-il pertinent de définir le champ professionnel ? Cela n'est pas certain. Le constructiviste répond qu'il serait préférable de ne pas le définir car il est souhaitable qu'il soit expansible, à construire et à actualiser en permanence par nous-même. Contentons-nous de le baliser, disons qu'il pourrait s'appuyer sur l'ensemble des savoirs utiles à la mise en œuvre de l'ensemble des réponses que notre profession se propose d'apporter. Il est constitué de savoirs spécifiques, de savoirs académiques et de savoirs expérientiels.

L'ensemble de ces savoirs doit-il s'appeler *handicapologie* ? C'est une question plus importante qu'il n'y paraît et vraisemblablement essentielle à laquelle des spécialistes en sémantique pourraient peut être nous aider à répondre.

Il y aura bien sûr plusieurs diagnostics kinésithérapiques possibles pour un même cas clinique comme il y aurait plusieurs photographies possibles de la même sculpture. Tout cela s'accompagne d'une responsabilisation du praticien et de l'ensemble de la profession qui la valorisera.

Il tient essentiellement à nous de décider si le diagnostic est une activité de problématisation ou non. La réponse que nous apporterons collectivement sera lourde de conséquence sur l'avenir de notre **pratique professionnelle**, sur la reconnaissance de notre **profession** et sur notre **identité professionnelle**.

Pensée naïve : **On reconnaît l'arbre à ses fruits.**

■ LA QUESTION NAÏVE

Le rôle du cadre est-il d'encore prendre en charge des patients ?

ENCADREMENT

Les 35 heures : réalité, utopie ou tremplin pour une nouvelle organisation ?

Pour connaître les avis de plusieurs de nos confrères, nous avons interrogé une vingtaine de cadres provenant d'horizons différents, publics ou privés par un questionnaire de 20 questions [voir encadré].

La mise en place des 35 heures nous a été *proposée* depuis 2 ans pour certains d'entre nous ; les derniers de la Fonction publique hospitalière ont dû s'organiser à partir du 1^{er} janvier 2002. Rappelons que les consignes étaient de faire *mieux* en *moins* de temps... c'est-à-dire effectuer un bilan des activités, des habitudes, organiser une remise à plat des dysfonctionnements de nos services et tout cela en 35 heures de travail par semaine. Les 10% d'effectifs perdus, pas forcément totalement remplacés, pourraient être compensés par une restructuration interne. Qu'en est-il sur les terrains ?

LA RÉALITÉ

Malgré les réticences avouées (ou non) de tous, cadres et personnel, l'engrenage législatif impose ce nouveau mode de fonctionnement. Avancée sociale d'une part, mais comment fonctionner avec autant de patients, moins de temps et pas de remplacement à 100% des effectifs différentiels ? Que préférer : donner les 20 jours de R.T.T. impliquant des absences dans les services, organiser des journées de 7 heures mais en diminuant l'amplitude journalière ou trouver l'économie d'une heure dans la journée ?

UTOPIE... DIRAIENT D'AUTRES

N'avons-nous pas appris dans les écoles que la durée d'une séance d'infra-rouge est de 20 min., qu'une séance d'ionisation est de 30 min. et qu'un massage dure au moins 20 min. ? Comment se réorganiser avec de telles contraintes ?... sans parler de nos confrères paramédicaux qui suivent les mêmes malades - dans le même créneau horaire bien entendu... Va-t-on diviser le malade ? Ou instituer les 3 x 8 pour répondre aux attentes des patients ?

Sans ignorer que ses attentes ne sont pas de voir un kiné courir entre 2 malades, ni jongler entre les synthèses médicales qui d'ailleurs ne trouvent plus de place dans l'organisation...

LE CHEMIN DE LA RÉORGANISATION

Est-ce le début de la réflexion autour des dysfonctionnements ? Nous pourrions organiser des soins sur une matinée ou un après-midi en créant des "demi-hospitalisés de jour", répondant ainsi aux attentes des

LE QUESTIONNAIRE

- 1° Avez-vous mis en place les 35 heures ?
oui / non
- 2° Depuis combien de temps (mois) ?
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- 3° Appliquez-vous les mêmes principes à tous les services ?
oui / non
- 4° À combien d'organisations différentes avez-vous fait appel (ou essayé) avant d'adopter celle que vous appliquez ?
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 5° Quel % de résistance au changement avez-vous constaté dans votre équipe ?
0% - 10% - 20% - 30% - 40%
- 6° Si vous travaillez au sein d'un organisme public, avez-vous tenu compte de la diminution des congés annuels pour mettre en place votre organisation ?
oui / non
- 7° Avez-vous réduit la journée de travail ?
oui / non
si oui, de combien de temps ?
15 min. - 30 min. - 45 min. - 60 min.
- 8° Si vous n'avez pas réduit la journée donnez-vous des jours :
oui / non
combien ?
- 9° Avez-vous réglementé la récupération des R.T.T. ?
oui / non
- 10° La réflexion générale de l'organisation a-t-elle été concertée ?
- avec l'équipe des kiné ? oui / non
- avec le corps médical ? oui / non
- avec l'administration ? oui / non
- 11° A-t-elle amélioré certains aspects de la prise en charge des patients (bilan d'évaluation des anciennes organisations).
oui / non
- 12° Avez-vous déjà évalué les nouvelles organisations ?
oui / non
- 13° Avez-vous déjà changé ces organisations ?
1 fois - 2 fois - 3 fois
pourquoi ?
- 14° Quels effets avez-vous constaté sur la vie personnelle des agents ?
plutôt bonne ? / plutôt néfaste ?
- 15° Quels effets avez-vous constaté sur la vie professionnelle des agents ?
satisfaits ? / non satisfaits ?

patients, qui pourraient concilier leurs vie professionnelle et les soins, et aux attentes de certains kinés (50 ou 80%) en programmant des journées de travail de 6H00 ou de 6H30 ?

Par ailleurs, l'annualisation du temps de travail permet la flexibilité et l'adaptation des horaires à la charge de travail dans les services hospitaliers.

L'actualité des dernières semaines officialisant une éventuelle flexibilité des heures supplémentaires, qui seraient alors payées, nous fait envisager des bouffées d'oxygène... l'administration réagit mieux à des heures supplémentaires à payer qu'à des demandes de postes.

EN CONCLUSION :

Réagissons dans la grisaille du manque de kiné, aux patients de plus en plus lourds à prendre en charge, etc... Saisissons au vol l'opportunité de corriger des dysfonctionnements connus depuis longtemps, mais semblants insolubles. Développons la concertation et partageons les informations entre paramédicaux (dans notre service, par exemple, la concertation a été à l'origine d'une modification des horaires des aide-soignantes et de l'ouverture de l'atelier d'ergothérapie le matin pour favoriser notre organisation des 35 heures ; ces 2 décisions de réorganisation sans personnel supplémentaire ont permis à 2 kinés de quitter leur poste plus tôt (7 heures par jour) en améliorant la prestation auprès du patient).

La démarche qualité s'impose.

Auto-évaluons nous et avançons.

...même si quelquefois l'impossible rejoint la réalité des terrains.

L'EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE

- apporte des réponses **très diversifiées** dans le mode d'application de la loi ;

- fait apparaître une sensation d'effet réellement positif sur **la vie personnelle** des professionnels (qui penserait le contraire ?) ;

- met en évidence des réserves unanimes sur **la qualité de la prise en charge des patients** (insuffisance de remplacement aggravée par la difficulté de recrutement des kinés et de transmissions efficaces à organiser lors des récupérations des R.T.T.).

• À la question 2, deux personnes avaient déjà appliqué les 35 heures avant le 01/01/02. Les autres ont commencé entre janvier 2002 et octobre 2002.

• À la question 3, 90% des cadres appliquent les mêmes principes pour tous les services dans un souci d'égalité entre thérapeutes. Les 10% restant favorisent la différence pour diminuer le nombre de R.T.T. dans le service où le ratio kiné/patient est élevé.

• À la question 4, 9 cadres sur 10 adoptent la 1^{ère} organisation proposée, un seul service a dû changer à l'arrivée d'un kiné supplémentaire.

• À la question 5, 80% des cadres n'ont pas constaté de résistance au changement.

• À la question 6, un seul cadre a dû réfléchir à la problématique de diminution des congés annuels lors du passage aux 35 heures. La discussion reste encore ouverte jusqu'à la prochaine évaluation dans le service.

• À la question 7, 20% des cadres ont réduit le temps de journée (variant entre 30 et 60 min. avec une prédominance de 90% à 30 min.) ; 70% ont réduit le temps mais en calculant sur la semaine (récupération le lundi, mercredi ou vendredi) et 10% associent les 2 systèmes.

• À la question 8, 60% des réponses sont positives (répartition imposée par mois, hors période scolaire ou estivale, avant ou après un week-end de garde).

• À la question 10, 80% des cadres ont négocié les modalités de la mise en route avec les kinés, tous avec les syndicats et certains avec l'administration.

• À la question 12, 70% de réponses négatives. Pour la plupart, il n'y a pas eu d'évaluation de l'ancienne organisation : les négociations furent généralistes, administratives et syndicales, la seule marge de manœuvre étant une "diminution d'heures en jours ou par heures".

• Aux questions 14 et 15, 50% des cadres émettent l'idée de bénéfice réel pour leur vie personnelle ; 25% affirment la satisfaction de leur vie professionnelle ; 25% ne sont pas du tout satisfaits (pas de suivi de prise en charge, trop de remplacements à assumer), perte de temps pour les transmissions, perte du principe d'un seul kiné référent pour un malade (isocinétisme, VNI...) La polyvalence des kinés doit devenir un objectif.

PARALLELEMENT AU QUESTIONNAIRE

• Philippe Huguenin, C.S.K. à Gondreville (54) (63 lits, 150 demi-pensionnaires, 15 externes - principaux objectifs : réentraînement à l'effort et réadaptation professionnelle) a provoqué la rencontre entre les parties (direction technique, administration, responsables du personnel et responsables syndicaux), permettant ainsi une concertation pluridisciplinaire (kiné, ergo, gym, ateliers) restant ouverte pour les éventuels réajustements.

• Marie-Frédérique Ferry, C.S.K. à l'hôpital central de Nancy, met l'accent sur la difficulté des transmissions dans les services hospitaliers (le travail se basant sur 4 jours). Le suivi du malade est alors difficile, surtout en respiratoire, où les données d'évolution objectives sont plus difficiles à fournir.



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

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Mireille CLERC

Directrice de la
Haute-École
Cantonale
Vaudoise de la
Santé (Suisse)

M.K.D.E. en 1977

C.S.K. en 1982

Quel est votre parcours professionnel ?

Dès l'obtention de mon diplôme de MK, je suis venue exercer en Suisse, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (C.H.U.V.). J'y ai choisi le domaine de la neuro-réhabilitation. Confrontée au début de la rééducation des traumatisés crânio-cérébraux, je suis allée en Israël effectuer un stage de plusieurs mois dans un centre spécialisé. J'y ai découvert de nouveaux concepts de réhabilitation que j'ai pu adapter et développer à Lausanne.

Intéressée à comprendre ces pratiques et à les transmettre, je me suis orientée vers l'enseignement tout en conservant une activité professionnelle au C.H.U.V.. Pendant une quinzaine d'années, outre la formation initiale de physiothérapeute, j'ai dispensé de nombreux cours de formation continue en neuro-réhabilitation, en particulier en France et en Italie.

J'intervenais de préférence dans des centres et services spécialisés, ce qui me permettait de découvrir de nouveaux environnements et d'approfondir mon questionnement sur ces approches.

Directrice de l'École Cantonale Vaudoise de Physiothérapeutes (Lausanne) de 1985 à 2001, j'ai eu l'occasion de participer à plusieurs définitions de *curriculum* et réorganisations de programmes dictées par l'évolution de la pratique professionnelle et sa complexité croissante. Progressivement, j'ai été amenée à assumer des responsabilités dans d'autres formations de la santé.

En 2001, de grands changements structurels ont commencé avec le projet de Haute École Spécialisée (H.E.S.) qui vise l'universitarisation de la formation initiale de dix filières d'études de la santé et du social.

De l'école de physiothérapeutes, je suis passée à la direction d'un département devenu aujourd'hui la Haute École Cantonale Vaudoise de la Santé (H.E.C.V. Santé).

La H.E.C.V. Santé regroupe les six écoles cantonales vaudoises de la santé et comprend environ 800 étudiants. C'est en Suisse romande le plus grand centre de formation aux professions de la santé. Il comprend les filières H.E.S. de soins infirmiers, de sages-femmes, de physiothérapeutes et de techni-

ciens en radiologie médicale (TRM), de laborantines médicales, de techniciens en salle d'opération et de pédicures-podologues.

En 2002, la H.E.S. Santé-Social romande (HES-S2) a été constituée par les gouvernements des cantons romands. J'ai été désignée responsable du secteur "Mobilité et Réhabilitation" formé des filières de physiothérapie, d'ergothérapie, de TRM, de diététique et de psychomotricité.

À ce titre, je suis membre du comité directeur de la HES-S2. J'ai également la responsabilité d'élaborer le nouveau dispositif de la formation pratique/clinique pour les filières de la HES-S2.

En quoi vos fonctions de Directrice du Département des Écoles diffèrent-elles de votre ancien poste de Directrice d'École ?

La direction telle que je l'ai exercée à l'école de physiothérapeutes relevait d'une logique institutionnelle. La direction avait la responsabilité de la gestion et de l'administration de l'école, de sa représentation et de son développement. Ces activités étaient principalement centrées sur les études de physiothérapie et leur organisation dans un contexte local.

La direction de la Haute École Cantonale Vaudoise s'inscrit dans l'organisation matricielle de la HES-S2 et sa logique en réseau. Elle comprend des fonctions de pilotage, de développement et d'organisation qui se situent à un niveau de coordination et coopération inter-écoles dans un contexte intercantonal. Afin d'atteindre les objectifs d'une formation de niveau supérieur, les écoles ont été dotées de trois nouvelles missions :

- recherche appliquée et développement ;
- formation complémentaire ;
- prestations de service.

Ces trois missions doivent enrichir la mission principale qui est celle de la formation initiale.

En outre, un système Qualité, d'amélioration continue est attendu. De par sa taille, la H.E.C.V. *Santé* représente une valeur ajoutée à la réalisation des nouvelles missions de recherche et formation post-graduée de ses filières afin de les promouvoir à un niveau de centre de compétences.

Mes différentes activités sont complémentaires. Elles permettent d'agir au niveau de la conception et de l'élaboration de la structure centrale HES-S2 ainsi qu'au niveau de l'offre de formation aux étudiants. Par ailleurs, la connaissance d'autres métiers et d'autres formations de la santé et du social est un enrichissement certain.

Conformément aux prescriptions de la HES-2, les écoles de physiothérapie suisses s'inscrivent dans un cursus de Hautes Écoles, distinct au parcours universitaire ; pouvez-vous expliquer en quoi consiste cette orientation ?

La création des HES résulte d'une réforme en profondeur du système de la formation professionnelle suisse.

Elle vise les objectifs suivants :

- renforcer la qualité de la formation pour l'adapter aux exigences des mutations technologiques, économiques et sociales, notamment en développant les liens entre lieux de formation et lieux de pratique professionnelle (transfert de savoirs et de technologies) ;
- rendre *eurocompatibles* les formations et les diplômes suisses ;
- promouvoir la recherche appliquée et le perfectionnement continu ;
- conférer à la formation professionnelle un statut et des possibilités équivalents à la formation universitaire pour devenir une véritable alternative à cette dernière.

Les premières HES ont concerné les formations d'ingénieurs, de gestion et des arts appliqués. La HES Santé-Social de suisse romande est fondée sur le fait que les domaines de la santé et du social se trouvent en interaction croissante. Une coopération étroite entre ces professions, dans le respect des spécificités, est indispensable. Une HES commune, qui implique un contexte de formation commun et harmonisé, ancre à la source cette nécessaire collaboration.

Ainsi, les écoles de physiothérapie se doivent de promouvoir au niveau tertiaire supérieur la formation qu'elle dispense. Celle-ci a pour but l'apprentissage d'une pratique professionnelle mais aussi la production de savoirs à partir de cette pratique.

Ainsi, les écoles sont dotées de nouvelles missions : recherche appliquée, formation post-grade et prestations de service (transfert de savoirs et de technologie). Ces missions nouvelles se doivent d'enrichir la formation initiale et le corps enseignant est appelé à développer de nouvelles compétences en particulier dans le domaine de la recherche appliquée.

Le physiothérapeute diplômé HES, outre ses compétences de praticien réflexif, devra être capable :

- d'intégrer rapidement dans sa pratique les nouvelles connaissances sociales, scientifiques et techniques ;
- d'analyser sa pratique, de la confronter régulièrement aux résultats de la recherche et de développer des connaissances et des aptitudes nouvelles utiles à sa pratique dans une dynamique de formation continue ;
- de participer à la réflexion et au travail interdisciplinaire et de les dynamiser notamment dans le travail intersectoriel et dans la collaboration en réseau.

Entretien : Michel GEDDA

■ OFFRES D'EMPLOI

Établissement privé P.S.P.H. de rééducation fonctionnelle polyvalente, situé dans l'Est de la France recherche, dans le cadre de la construction d'un nouvel espace dédié à l'hospitalisation de jour, un Cadre de Santé Kinésithérapeute possédant le Certificat C.D.S. ; 3 à 5 ans d'expérience de coordination d'un service sont exigés.

Le poste comprend 50 % du temps d'exercice du métier de kinésithérapeute (5 patients par jour).

Merci d'adresser votre dossier de candidature à :

ALTÉDIA DROUOT

Réf. : EC-12/0205.

Consultant : Jo Louis

Espace Performance

Bâtiment J

35769 RENNES-St

GRÉGOIRE CEDEX

Tél. : 02.99.23.14.33

Fax : 02.99.23.10.15

jlouis@altedia-drouot.com.

Centre de Réadaptation Fonctionnelle, établissement privé de 45 lits et places, situé à l'île de la Réunion, recherche un Kinésithérapeute Cadre pour assurer la gestion des ressources humaines, veiller à la réalisation des objectifs définis par la Direction et participer activement à la démarche d'accréditation et au P.M.S.I..

Formation supérieure (École des Cadres), qualités managériales et dynamisme sont souhaités.

Merci d'adresser votre dossier de candidature à :

Janine DELEFLIE

Centre de Réadaptation

Fonctionnelle

Jeanne d'Arc

B.P. 325

97828 LE PORT CEDEX

nbarillet@crf.clinirun.com

Compléments 2003.

Nous désirons apporter plusieurs corrections concernant des rubriques précédentes de l'A.F.R.E.K..

1. "Opérateur-dépendant" devient "Effet-opérateur".

Dans le numéro 11 de La Lettre de janvier 1999, nous utilisons le terme "Opérateur-dépendant" pour caractériser les techniques thérapeutiques qui dépendent davantage de la qualité de l'opérateur que de la qualité de la technologie.

L'ANAES a préféré "Effet-opérateur", que l'on retrouve sur le dossier concernant la Prothèse Totale de Hanche. À chacun sa préférence, mais maintenant les scripteurs auront le choix.

2. "Médecin-référent"... du kinésithérapeute.

Dans le numéro 18 de juin 2002, nous avons laissé passé l'expression "médecin-référent du patient", alors qu'il fallait lire "médecin-référent du kinésithérapeute".

Explication : lorsque dans un établissement il n'existe pas de médecin spécialisé M.P.R., un praticien qui porte un intérêt ou possède une connaissance de la rééducation (chirurgien orthopédiste, rhumatologue) devient "référent des kinésithérapeutes". Il est élu par la C.M.E. de l'établissement. Il joue un rôle de médiateur en cas de divergence entre le pôle kinésithérapie et les autres médecins prescripteurs, dans le respect des bonnes pratiques.

3. Rédaction de la prescription médicale.

Toujours en référence au même texte, Claude Debiard nous a envoyé le texte du J.O. du 8 septembre 1995 (N°209), Code de déontologie médicale. L'article 76 stipule que "*L'ordonnance... doit être rédigée lisiblement en langue française... signée par lui*". Ceci nous permet de récuser les transmissions verbales par personne interposée.

4. Rigueur dans le choix des mots.

Mots vagues	Mots justes
1. Savoir	1. Compétence intellectuelle : <i>Faire un choix.</i>
2. Savoir-faire	2. Compétence gestuelle : <i>Faire une injection d'insuline.</i>
3. Savoir-être	3. Compétence à communiquer : <i>Rassurer un patient.</i>

Repéré dans le "Guide Pédagogique pour les personnels de Santé", l'article de Guilbert [1] conseille d'abandonner les mots vagues et d'utiliser des mots justes.

Avec les indicateurs suivants pour chacun des critères (liste non limitative que chacun peut faire évoluer) :

1. Compétence Intellectuelle	- connaître les Recommandations applicables ; - faire l'état des incapacités et des capacités restantes ; - interpréter l'évolution des phases de l'affection.
2. Compétence Gestuelle	- se placer correctement pour suivre l'évolution des mouvements du patient ; - faire une suite de gestes coordonnés ; - appliquer un traitement sans créer de douleur inutile.
3. Compétence à communiquer	- traiter le patient de manière respectueuse et empathique ; - enseigner une connaissance favorable à la santé ; - transmettre les "trucs du métier" aux jeunes confrères.

Ceci mène à définir le Niveau Acceptable de Performance (N.A.P.) pour les étudiants, ensemble d'indicateurs précis pour chacun des 3 critères, en appliquant les recommandations de Mager [2] : définir les tâches des professionnels de santé sans rester dans l'abstraction, éviter de subdiviser ce qui est mesurable.

Peut-on envisager des indicateurs semblables pour les professionnels en poste qui seront sujets à accréditation, sous une forme ou une autre [3] ? L'utilisation de 3 critères simplifie une tâche au demeurant ardue.

RÉFÉRENCES

- Guilbert JJ. L'ensorcelante ambiguïté de "savoir, savoir-être, savoir-faire". Guides Pédagogique pour les Personnels de Santé OMS n°35, 7^{ème} édition.
- Mager RF. Preparing instructional objectives. Palo Alto, Fearon 1962.
- Le Professeur Guiraud-Chaumeil fait le point... KA 866, 26 septembre 2002.
- Vaillancourt M. Viel E. Méthodologie éthique en réadaptation. Ann Kinesither 1996;23/4:192-200.
- 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

Des nouvelles des étudiants.

Voici notre deuxième apparition dans la *Lettre du CSK* ; comme vous pourrez le constater beaucoup de choses ont changé pour nous.

Tout d'abord la F.N.E.K.E (Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie et Ergothérapie) a été rebaptisée F.N.E.K. (Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie) lors de l'Assemblée Générale qui s'est tenue le 15 juin 2002 à Paris. La F.N.E.K. accueille actuellement 21 associations d'étudiants. Différents ateliers et débats ont été animés concernant les conditions d'études, l'organisation des stages hospitaliers, la Réforme des Études de Santé et le développement de notre fédération.

La FNEK a obtenu un deuxième rendez-vous au Ministère de la Santé afin d'obtenir des informations sur l'avancée des revendications étudiantes (revalorisation du DE à bac+4, remboursement des frais et indemnisation des stages hospitaliers, amélioration de l'encadrement en stage, réel statut étudiant, amélioration du système des bourses sur critères sociaux...).

Triste de constater qu'en dépit des promesses faites au mois de mars dernier, aucun travail n'avait été entrepris et que la demande de rencontre avec M. Mattei n'avait pas donnée de suite, la F.N.E.K. a décidé de réagir rapidement. Un communiqué de presse annonçant la colère des étudiants de notre filière face à la "non reconnaissance" du Ministère a donc été publié le lundi 30 septembre, annonçant un mouvement national de mécontentement imminent, si aucun signe n'était manifesté avant notre Assemblée Générale du samedi 12 octobre.

M. Thibault, conseiller de M. Mattei, a consenti nous recevoir le vendredi 11 octobre. Lors de cette entrevue, nous avons exposé longuement les conditions d'études et d'organisation de notre formation. M. Thibault a reconnu des lacunes considérables et consenti à faire avancer nos revendications. Néanmoins, il n'a pas montré la volonté de "rattraper" les six mois perdus pendant lesquels la F.N.E.K. avait adopté une démarche constructive et de propositions.

Les responsables associatifs des différents I.F.M.K., réunis le samedi 12 octobre, ont voté à l'unanimité un mouvement de mobilisation nationale fixé au jeudi 24 octobre. Le choix s'est porté

vers une grève passive afin de ne pas sacrifier notre formation.

Devant l'absence d'avancée, les étudiants ont lancé une seconde action largement suivie dans les différentes villes. Le 14 novembre, plus de 2 500 étudiants kinés sont descendus dans la rue. À Paris, une délégation a aussitôt été reçue par un conseiller technique de M. Mattei.

Les négociations continuent ; des accords de principe ont été trouvés. Il reste à rédiger ces propositions, ce qui devrait être fait très prochainement.

D'autres dossiers ont été suivis, notamment celui de la Réforme des Études de Santé. La F.N.E.K., représentée au sein de la C.P.N.P.A.E.S. (Commission Pédagogique Nationale de la Première Année des Études de Santé) a assisté aux quatre premières réunions. Les discussions sont complexes étant donné la diversité des programmes et des attentes des filières concernées.

Néanmoins, des solutions ont été arrêtées, aussi bien concernant l'organisation de l'année que les contenus pédagogiques. Des conclusions seront donc présentées au cabinet du Ministre pour le 15 mars. Les applications pratiques seront discutées après un premier "cadre ministériel".

Concernant cette réforme, une motion a été adoptée par la F.N.E.K. le 15 juin dernier. Compte-tenu de la durée de la formation et de la large place accordée à la pratique et aux stages hospitaliers, les étudiants kinés veulent trois années après la première année commune. Ils veulent également limiter au maximum le "choix des filières par dépit" en accordant une réelle spécificité à chaque concours. Une réelle deuxième chance un an après est nécessaire, mais sans concurrence entre primants et doublants.

Enfin, la F.N.E.K. prépare activement son premier congrès et changement de Bureau National, prévu pour le mois de mars prochain à Lyon. Des représentants du Ministère de la Santé et de la C.P.N.P.A.E.S. seront conviés pour répondre directement aux interrogations des étudiants.

La F.N.E.K. a pour volonté de mener ses réflexions en commun avec les autres acteurs de la formation et notamment les cadres. Vos remarques et questions seront donc toujours les bienvenues.



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

Les bases de données en kinésithérapie : l'avenir d'Internet ?

Lorsque quelqu'un vous parle de "base de données", vous pensez immédiatement aux bases de données qui recensent les articles scientifiques. Pourtant d'autres bases de données rassemblent des données dans le domaine de la kinésithérapie.

Nous vous présentons 3 bases de données internationales qui sont spécifiques.

- Il existe PEDro (*Physiotherapy Evidence Database* : <http://ptwww.cchs.usyd.edu.au/pedro/>) : cette base de données australienne tente de regrouper toutes les revues de synthèse et tous les articles thérapeutiques des kinésithérapeutes. La qualité méthodologique des articles thérapeutiques est commentée avec un score sur 10 points. C'est l'école de Kinésithérapie de l'Université de Sydney qui en assure la gestion (un travail énorme). Tout travail de recommandations ou de réflexion sur "le niveau de preuve" nécessite de passer par cette base de données. Si vous cherchez des recommandations dans le domaine de la santé, vous pouvez "rebondir" sur le site (*Netting the Evidence* : <http://www.sheffield.ac.uk/~scharr/ir/netting/>).

- Le deuxième site est celui de la *Chartered Society of Physiotherapy* (<http://www.csp.org.uk/>), c'est le site de l'organisation professionnelle Britannique. À la rubrique "*effective practice*", vous trouverez une base de données concernant les moyens

de mesure en kinésithérapie. Cette base vous donne, en fonction des mots-clés utilisés, les noms des outils de mesure disponibles et les références publiées. En cas de recherche sur le bilan, cette base vous donnera les outils les plus fiables utilisés dans les pays anglo-saxons. Notez toutefois que les questionnaires proposés ne peuvent pas être traduits et utilisés en France : un travail de validation de la terminologie est à pratiquer.

- Le troisième site est américain, il s'appelle NARIC (*National Rehabilitation Information Center* : <http://www.naric.com/>). À la page NIDRR (<http://www.naric.com/search/pd/>), vous trouverez des études en cours dans le domaine de la kinésithérapie.

Du côté français, les bases de données existantes ont déjà été proposées dans d'autres numéros : l'AFREK pour les outils de bilan en français (<http://www.afrek.com>) et l'ANKS (à la page "protocoles") pour quelques outils de bilan et protocoles (<http://www.anks.org/>).

Ces bases de données, pour survivre, doivent être périodiquement alimentées, ce qui nécessite un travail collectif pour se répartir les tâches. Les instituts de formation initiale et continue sont en première ligne pour mettre en œuvre ce travail, car ils doivent mettre en place un enseignement "à jour". À moins que nous espérons que nos étudiants lisent l'anglais et aillent chercher l'information ailleurs...



Pierre TRUELLE,
Responsable de la Chronique.
p.truelle@wanadoo.fr

■ DÉCOUVERTE

Jean-Michel LARDRY,

Directeur technique de l'I.F.M.K. de Dijon.
Représentant du groupe France de l'E.N.P.H.E..



Le Réseau Européen d'Enseignement Supérieur en Kinésithérapie.

L'European Network of Physiotherapy in Higher Education (E.N.P.H.E.) ou Réseau Européen de l'Enseignement Supérieur en Kinésithérapie a été créé en 1995 dans le cadre de la Communauté Européenne. L'E.N.P.H.E. est un organisme apolitique et non-commercial. C'est la seule structure officielle en Europe permettant de rassembler les écoles ou instituts de formation en masso-kinésithérapie.

En 2001, 80 écoles ou instituts (sur environ 450 recensés dans la Communauté Européenne) ont adhéré. L'E.N.P.H.E. fonctionne sur le principe d'une association à but non lucratif. Ses buts sont :

- d'établir des standards pour une formation de haut niveau en kinésithérapie en accord avec les recommandations de la Confédération Mondiale pour la Thérapie Physique (*World Confederation for the Physical Therapy - W.C.P.T.*) ;

- de réunir les Instituts européens dans le but de faire progresser les connaissances en kinésithérapie, d'aider à l'harmonisation des programmes, de mettre en place des échanges d'enseignants et d'étudiants et de stimuler la recherche ;

- de représenter ses membres dans les institutions européennes et de défendre leurs intérêts ;

- d'établir et de pérenniser des relations avec d'autres organisations en Europe et avec des structures nationales ou internationales en dehors de la Communauté Européenne.

Chaque école ou institut de formation situé en Europe peut devenir membre à part entière du Réseau. Pour cela, l'école ou l'institut doit dispenser un programme d'études en trois ans minimum et respecter les buts fixés par les statuts de l'E.N.P.H.E..

Les écoles ou instituts non membres de la Communauté Européenne peuvent devenir membres associés. C'est ainsi que la Bulgarie, la Tchéquie, la Hongrie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie, la Slovénie, la Turquie et le Liban ont des représentants siégeant à l'E.N.P.H.E..

Le réseau est dirigé par un comité exécutif actuellement constitué de :

- Georges Simpson (Angleterre), Président ;
- Dominique Perrein (France), Vice-Président ;
- Bodil Vassard (Danemark), Secrétaire Générale ;
- Karel Stappaerts (Belgique), Trésorier ;

et par un groupe de coordination constitué d'un représentant par pays. Jean-Michel Lardry est responsable élu du groupe France.

L'E.N.P.H.E. organise régulièrement deux types de manifestations :

- une assemblée générale tous les 2 ans. La prochaine devrait se tenir à Barcelone (Espagne) en juin 2003 en parallèle au congrès de la W.C.P.T. et à la réunion de la "Société Inter-nationale des Enseignants en Kinésithérapie" (*"International Society of Educators in Physiotherapy" - I.S.E.P.*) ;

- deux réunions de travail par an, sous forme de conférences et d'ateliers, permettent d'aborder en commun des thèmes relatifs à la formation, à l'enseignement et à la collaboration inter-écoles ou instituts en Europe.

Les réunions 2002 se sont tenues en avril à Paris, sur le thème "Formations théorique et pratique en kinésithérapie : comment les intégrer ?" et en octobre à Slanic en Roumanie sur le thème : "La thérapie de la douleur : désir ou réalité ?".

Ces différentes manifestations représentent l'occasion unique de rencontrer nos confrères européens, de connaître et de partager leurs projets et leurs difficultés, de travailler ensemble sur des thèmes communs et de prendre des contacts en vue, par exemple, de la mise en place de jumelages inter-instituts, d'échanges d'enseignants ou d'étudiants dans le cadre de formation ou de stages validés à l'étranger.

Pour tout renseignement et pour connaître les dates des prochains *Workshops* de l'E.N.P.H.E., les I.F.M.K. intéressés peuvent s'adresser à :

Jean-Michel Lardry

I.F.M.K.

6 b, Chemin de Cromois
21000 DIJON

Tél : 03.80.65.84.00 - Fax : 03.80.65.34.89

E-Mail : ifmk.dijon@ipac.fr

Site web de l'E.N.P.H.E. : www.enphe.org

FORMATION

Du golf dans les études de kinésithérapie !

par :

Denis ROCH,

Professeur E.P.S. Université de Poitiers

*Professeur de golf membre de la P.G.A.**

Entraîneur national des équipes de France universitaires.

Quand il y a 4 ans, il me fut proposé d'enseigner le golf aux étudiants de l'I.F.M.K. de Poitiers, le premier moment de surprise passé j'ai accepté avec joie.

L'Université de Poitiers est la seule en France à jouir d'un terrain de golf exclusivement réservé aux scolaires et aux étudiants. C'était pour moi l'occasion d'exercer dans un autre milieu ce prosélytisme qui me tient à cœur pour abattre les préjugés dont est victime ce sport si largement pratiqué dans le reste du monde.

Le défi était d'autant plus intéressant qu'il ne s'agissait pas uniquement d'enseigner le golf, mais de l'intégrer au contenu des études. L'équipe enseignante estimaient ainsi utiliser ce geste sportif très complexe pour aborder l'anatomie "en situation".

Quand l'expérience fut tentée, les élèves de première année découvraient l'anatomie et c'est en groupe de travail qu'ils essayaient de rapprocher leurs connaissances théoriques du mouvement de golf avec leurs notions d'anatomie et de biomécanique.

À raison d'une séance de golf hebdomadaire d'une heure et demie, tous ont atteint un niveau de jeu acceptable (certains plus accrochés obtenant même un classement en compétition) pour leur plaisir de pratiquants et pour mieux être armés à l'analyse technique du geste et de ses paramètres anatomiques.

Le nombre de muscles (environ 75) et les segments vecteurs (une douzaine) sollicités dans un *swing* d'une seconde et demie mettent en évidence la richesse du mouvement à des fins d'analyse anatomique, musculaire, articulaire et biomécanique.

Chaque étudiant, filmé, formulait une analyse de son propre *swing* comparé avec un mouvement de référence. Cette interrogation avait surtout pour but de constater sa capacité à percevoir rapidement et de façon exacte les éléments importants d'un mouvement complexe. La présence d'un enseignant de l'I.F.M.K. assurait la dimension "vérification" des connaissances anatomiques de l'étudiant.

L'étude des différentes phases du *swing* de golf - à savoir : la posture, l'élan initial, la position en haut de l'élan, la position dynamique à l'impact et le *finish* - étaient confiée à des groupes de travail de 4 ou 5 étudiants. Les documents sortis de ce travail en commun surprirent les enseignants par la qualité de leur contenu.

La pratique sportive sur le terrain, la connaissance théorique de ce sport à travers ses aspects historiques et réglementaires, l'analyse très professionnelle de ce mouvement, l'utilisation de la vidéo, ont vite imposé cette activité pédagogique comme une réussite dans la formation. Elle fait l'objet d'une notation prise en compte dans la validation du module de technologie de première année.

Le changement du mode de recrutement depuis deux ans avec la venue d'élèves issus de la première année de médecine permet maintenant, en considérant comme acquises certaines connaissances anatomiques, de rentrer plus rapidement dans le vif du sujet. Ainsi le module est encore plus tourné vers la capacité de l'étudiant à analyser une gestuelle et à utiliser ses connaissances en physiologie articulaire, en cinésiologie et en biomécanique pour approfondir sa réflexion dans cette recherche de la compréhension de la mécanique du mouvement.

L'introduction d'un sport comme le golf dans le cursus - qui peut surprendre dans un pays où il n'est pas culturellement apprécié - s'est révélé fort passionnant à plusieurs titres. Tout d'abord ce sport intrigue et cette curiosité permet de capter l'attention des élèves. La complexité technique ensuite étonne. Elle pousse à la concentration maximale et renforce l'envie de comprendre pourquoi il est si difficile de faire voler une balle de golf que pourtant des joueurs confirmés paraissent maîtriser aisément.

La comparaison vidéo du geste du débutant avec celui des grands joueurs est d'une grande utilité pour exercer l'œil de nos futurs praticiens. Il est d'ailleurs étonnant de constater combien la différence entre les étudiants dans cette capacité à "bien voir" ou non est grande. L'éducation de l'œil pour la justesse d'un diagnostic nous est apparue capitale eu égard à la difficulté de certains dans ce domaine.

En résumé, c'est un honneur pour moi de participer à cette expérience innovante, originale et je suis persuadé du bien fondé de ce que nous avons entrepris.

* Professionnels de Golf Associés.



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

DOCUMENTATION

Construction d'un thesaurus.

par :

Laurence FIGUÈRE,
Documentaliste à l'ANAES.

Le thesaurus est une liste normalisée et structurée de termes acceptés à l'indexation : les descripteurs (et d'équivalents). Il permet de décrire tout type de document (textes, images fixes et animées, périodiques, ouvrages...).

Les descripteurs sont reliés entre eux par des relations sémantique (génériques et associatives) exprimées par des signes conventionnels. Les termes sont combinés entre eux lors de l'interrogation de bases de données et lors de la description des documents (l'indexation) [Dictionnaire de l'information et de la communication. Paris : Nathan 1997].

La construction d'un thesaurus se fait en plusieurs étapes : collecte du vocabulaire, normalisation et épuration du vocabulaire, structure et ventilation du thesaurus.

COLLECTE DU VOCABULAIRE

On peut utiliser trois méthodes pour collecter le vocabulaire.

• Méthode analytique :

Elle s'effectue, en procédant par extraction des concepts des documents et des questions des utilisateurs (indexation libre). Cette méthode permet de coller à la réalité du service concerné.

• Méthode synthétique :

La collecte se fait à partir de sources de références : dictionnaire, index d'ouvrages, table des matières, thesaurus voisin...

Cette méthode permet de collecter un vocabulaire plus large, d'aider à la structuration du vocabulaire, mais elle ne reflète pas toujours la réalité.

• Méthode mixte :

Elle paraît la plus appropriée car elle permet de combiner l'utilisation des deux méthodes (analytique et synthétique). La première afin de bien refléter le vocabulaire du service, la deuxième pour vérifier l'exhaustivité de la collecte et aider à la structuration.

• Les noms communs :

Un thesaurus regroupe deux types de termes :

- Des mots simples appelés "unitermes" : ce sont des mots qui ne peuvent être réduits. Grâce à leurs possibilités de combinaison, les unitermes permettent de limiter le nombre des mots dans le thesaurus. En revanche, ils risquent d'amener du bruit (*c'est-à-dire trop de réponses hors sujet*) lors de l'interrogation.

Exemples : cou, main, jambe, bras.

- Des mots composés : ces mots sont formés de plusieurs unitermes. Ils augmentent la taille du thesaurus mais limitent le bruit à l'interrogation.

Exemple : coup de coude.

• Les noms propres :

- Les noms et prénoms des personnes physiques doivent toujours être écrits de la même façon. Il faut contrôler les homonymes et définir une règle d'écriture des noms étrangers.

- Les noms de personnes morales (sociétés savantes, agences médicales...) : dans ce cas, il est également nécessaire de contrôler les *homonymes* et de créer des *équivalences* entre les sigles et les noms développés. La règle élémentaire est de ne jamais mettre de point dans les sigles.

Exemple d'homonymes :

CNAM

= C.N.A.M.

= Conservatoire national des arts et métiers

= Caisse nationale d'assurance maladie.

Exemple d'équivalence :

ANAES

= A.N.A.E.S.

= Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Un seul de ces termes est accepté à l'indexation.

NORMALISATION ET ÉPURATION DU VOCABULAIRE

• Normalisation :

Le vocabulaire collecté doit être normalisé selon les règles suivantes :

- Substantif au masculin, singulier : ni verbe, ni adjectif (exception pour les mots au pluriel ou au féminin dans la langue car certains mots ont des sens différents au singulier et au pluriel).

Exemple : Choisir "Infirmier" et non pas Infirmière ou Infirmières.

- Définir l'écriture des mots composés avec ou sans blanc, tiret ou collés et suivre toujours la même règle.

- Éviter les abréviations, les "et" à l'intérieur des mots ainsi que les sigles typographiques, les points, les deux points, les guillemets, slaches...

• Épuration :

C'est au cours de cette opération que les termes sont examinés un par un et sélectionnés selon les critères suivants :

- Le mot doit représenter un concept important du domaine, le concept doit refléter le langage de l'utilisateur y compris le jargon d'entreprise.

- Le mot choisi comme descripteur ne doit obligatoirement refléter qu'une seule notion ; les synonymes et les mots très proches doivent être mis en équivalence.

- Les mots "vides de sens" (mots qui ne sont pas porteur d'information lorsque qu'il sont pris isolément) doivent être rejetés.

Exemples : et, dans, le...

- Les mots trop généraux ou trop abstraits doivent être limités ou précisés.

- Les mots trop spécifiques peuvent être mis en équivalence de mots plus généraux.

STRUCTURE DU THESAURUS

• Les relations sémantiques :

Dans un thesaurus, les relations sémantiques mettent en évidence les rapports de sens qui existent entre les mots. Les principales relations sémantiques sont :

- l'équivalence ;
- la hiérarchie ;
- l'associativité.

• Les relations d'équivalence ou synonymie :

Elles renvoient des divers synonymes d'un concept vers le seul descripteur choisi. Le thesaurus indique le descripteur qui doit être utilisé : "Employer" (EM), et les termes auxquels il a été préféré : "Employer pour" (EP).

Exemples :

- Air pollution

⇒ EM Pollution atmosphérique.

- Scanner

⇒ EP Tomodensitométrie,
Tomographe axial transverse.

• Les relations hiérarchiques :

Elles relient les termes (ou descripteurs) spécifiques (TS) aux termes (ou descripteurs) génériques (TG) et réciproquement.

Exemple :

Scolarité ⇒ TG : Système éducatif

⇒ TS : Échec scolaire.

• Les relations associatives ou relations de voisinage :

Elles relient deux descripteurs : "Voir aussi" (VA) selon la norme ISO, et "Terme associé" (TA) selon la norme AFNOR qui, tout en ayant des proximités sémantiques, n'ont pas de relation hiérarchique ou d'équivalence.

Exemple :

Nourrisson ⇒ TA ou VA : Puériculture.

• La note d'application :

Elle précise le sens dans lequel doit être employé un descripteur (NA) ou (NE).

Exemple :

Bioéthique ⇒ NA : ensemble des principes moraux qui guident les applications des sciences de la vie, la pratique de l'art de guérir, les aides ou les entraves à la procréation.

	Français AFNOR	Français ISO	Anglais	AFNOR/ ISO
Employer	EM	EM	USE	
Employer pour	EP	EP	UF	=
Terme générique	TG	T	BT	<
Terme spécifique	TS	TS	NT	>
Terme associé	TA	VA	RT	-
Note d'application	NA	NE	SN	[—]

Tableau des abréviations des normes selon les normes NF AFNOR Z 47.100 et ISO 27 88.

PROCÉDURES

Avant de débiter la réalisation d'un thesaurus, il est indispensable de définir les conditions de départ (travail) :

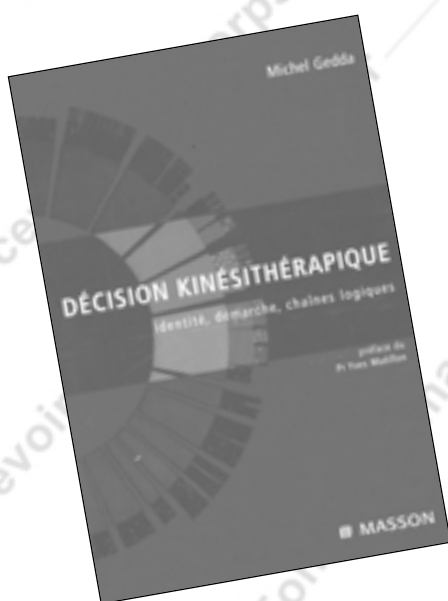
- centre ou service concerné ;
- domaine couvert ;
- type de documents ;
- système documentaire préexistant ;
- mise en place du groupe de travail.



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

professionnels et étudiants :
votre guide de référence

CONNAÎTRE SES POSSIBILITÉS POUR DÉCIDER LIBREMENT



Décision kinésithérapique

Identité, démarche, chaînes logiques

MICHEL GEDDA

2 294 00434 5
320 pages
29 €

- une modélisation du diagnostic kinésithérapique valorisant la participation du patient ;
- l'inventaire détaillé et organisé du champ d'intervention de la kinésithérapie réalisé par près de 300 professionnels ;
- 400 chaînes logiques construites selon le modèle suivant :
anomalie de structure ou **dysfonction**
→ **objectifs** potentiels
→ **moyens** potentiels
- le glossaire des concepts et thérapies de la profession

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