



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

13^e année - N° 24 - Juin 2007

LaLettre@ifmkberck.com

ÉDITORIAL

Voilà, voilà, elle revient.

Réclamée par les anciens autant que par de jeunes cadres l'ayant découverte par hasard dans les rayonnages de la bibliothèque de l'IFCS et utilisée à l'occasion du mémoire, *La Lettre du CSK* manquait apparemment.

Bon, ça fait toujours plaisir de voir qu'un investissement est jugé utile et apprécié.

Mais *La Lettre* n'a jamais cherché la considération.

Neutre, sobre, pratique par ses articles brefs et synthétiques, *La Lettre* vise avant tout à être un outil. Un support de partage d'informations et de rencontre de professionnels qui vivent les mêmes aspirations et préoccupations.

En effet, il est toujours surprenant de si souvent constater que les problèmes des cadres kinés se ressemblent tant sur le territoire : recrutement, considération médicale, application des nouvelles réglementations...

Alors que des réponses existent réellement.

Solutions ou compensations, des initiatives locales expérimentent, des confrères rapprochent leurs moyens pendant que d'autres ré-inventent. Souvent avec pertinence et sympathie même.

Et c'est justement cette cordialité et cette créativité que *La Lettre* veut promouvoir.

Alors, même si cela n'est pas l'objet de cette publication, je voulais remercier vos encouragements.

Michel GEDDA
Directeur de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 23 :
JC VILLIOT-DANGER
- Parcours d'un cadre kiné :
Michel THUMERELLE
- Prix :
Kinésithérapie, la revue
- Fenêtre :
La conjuration des imbéciles
- Nos rubriques habituelles

COMITÉ DE PUBLICATION

- **Marie-Odile PAILLET**
Chargée d'enseignement
Dijon
 - **Philippe RIGAUX**
Responsable Formation
INSA à Paris
 - **Patrick ROTGER**
Directeur
Les Althéas à Vaulx-en-Velin
 - **Michel THUMERELLE**
Directeur-Adjoint
CHRU de Lille
 - **François ZIMMERMANN**
Enseignant-Formateur
IFMK de Strasbourg
- Coordination :**
- **Michel GEDDA**
Directeur Général
I.F.M.K. - I.F.E.
Berck-sur-Mer
 - **Jean-Charles NARCY**

ISSN 1267-7728

Tous les numéros de **La Lettre** téléchargeables à l'adresse Internet :
<http://www.ifmkberck.com/liens/lettre.php>

LA LETTRE DU CSK - IFMK - Avenue du Phare - BP 62 - 62602 BERCK-SUR-MER CEDEX

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Juin 2006 : Numéro 23

par :

Jean-Christophe VILLIOT-DANGER

Une année entière sans *La Lettre* paraît plus longue, plus calme aussi : il y a moins à réfléchir, et puis au final plus ennuyeuse. La parution de cette publication originale (dans la forme, dans le fond) est une fort bonne nouvelle.

La lecture de *La Lettre* est très agréable les jours ensoleillés et remplit sa mission de décroisement. C'est une douce impression de faire partie d'une communauté de réflexion. Les jours gris, l'impression que cette communauté pourrait se réunir dans une cabine téléphonique (moins de 10 % des professionnels abonnés à une revue [Trudelle P. *Kinésithérapie, la revue* n°55, juillet 2006]) donne un peu le cafard.

Nous devons cette publication, qui réussit le pari d'informer très concrètement, à un groupe de personnes engagées qui prennent toutes du temps sur autre chose. Votre engagement est communicatif et représente la meilleure preuve que le changement n'est qu'une question de volonté.

Merci à tout ceux qui font *La Lettre* et donnent de leur temps pour nous offrir matière à penser, pour transmettre l'envie et la motivation pour tisser des liens et communiquer entre nous.

Communiquer. Voici un mot dans l'air du temps. Comment les kinésithérapeutes s'expriment-ils ? Entre nous (une profession divisée) ; avec les médecins (le BDK) ; avec les patients (pédagogie ou andragogie ?).

La parole n'est pas vraiment la première qualité des kinés. JC Schabanel [LCSK n°20] disait de nos mains qu'elles nous servent à toucher et non à écrire. Notre oreille entend une claudication, des bruits articulaires ou pulmonaires. Notre vue examine une taille, un volume, une couleur. Quand exerçons-nous la parole ? Quand avons-nous appris à nous exprimer ? Mener une discussion, expliquer un raisonnement, exposer des idées. Argumenter. Nos études insistent à juste titre sur d'autres sens (vue, ouïe, toucher). Choisir cette voie n'est peut-être d'ailleurs pas fortuit ; ce métier qui touche beaucoup et parle peu. Finalement le kiné devrait peut-être travailler plus la parole, ce n'est pas naturel pour lui.

Mais la parole et son usage impliquent un engagement. Ce que nous appelons *communication* concerne plus le domaine de la technologie. La parole m'engage moi en tant qu'individu et je m'expose à l'autre. Ma parole provoque une réaction, un changement, pourquoi pas une interrogation.

• **Éditorial** (page 1) :

Michel Gedda évoque le contraste entre un monde qui avance et des concepts en roue libre. Nous n'inventons rien. Nous sommes tous atteints par cette péremption précoce de nos idées et de notre perception d'une réalité qui change quotidiennement. Notre pratique est désormais mondialisée et nos raisonnements peinent à s'ouvrir et stagnent au niveau national (sus à l'Europe), au niveau individuel (mon CA, mon médecin prescripteur). La question que je me pose aujourd'hui c'est comment inverser cette tendance ?

Concrètement quels moyens ? Par quoi commençons-nous ?

L'identité de la profession.

Une profession a besoin de bornage. L'absence de champ d'activité limité induit forcément des problèmes. La première source de conflits dans n'importe quelle discipline est bel et bien cette absence de contours, des missions floues, un champ de compétences poreux, des tâches insuffisamment définies.

• **La F.N.E.K.** (page 2) :

**La réforme LMD :
des enjeux multiples, et pourtant...**

Réjouissante lucidité des élèves qui s'investissent pour leur profession. Leur engagement présage un avenir moins cloisonné.

Quelques remarques, même si je ne suis pas en première ligne :

Le modèle à ne pas suivre serait le syndicalisme à la française, basé sur la revendication et le conflit. La communication se passe volontiers de positionnements fermes et d'exigences définitives.

Les élèves s'engagent donc dans une démarche d'évolution auprès des politiques. Ceux-ci ne peuvent pas exaucer des vœux ou rendre officielle la reconnaissance d'une profession. Une reconnaissance quelconque se base sur des faits observés et non sur des principes. Il est parfaitement illusoire d'imaginer une reconnaissance simplement parce que "*cela doit être*". Trois ou quatre ans d'études pour une reconnaissance à bac +2 ne dérange pas le décideur politique.

En 2007, l'homme politique est un objet de consommation qui obéit à des lois de marketing. Il prend des décisions en faveur du groupe d'intérêt qui s'adresse à lui. Le politique peut agir dans le sens d'intérêts communs de groupes organisés en syndicats, en corporations. J'ai compté 8 organisations syndicales pour les kinés. Même la SNCF ne fait pas aussi pléthorique.

Notre métier est peu lisible (qui ne l'a pas encore dit ?), traversé par des courants nominatifs [Trudelle P. *Kinésithérapie, la revue* n°50, février 2006], des orientations hasardeuses (l'esthétique) autant qu'absurdes (mais rentables).

Quelle place occupe la kinésithérapie dans les médias ? Quels sont les députés qui seraient susceptibles d'interpeller le gouvernement ?

M. Gedda insiste sur le pouvoir de mobilisation. Il a bien écrit "*pouvoir*". C'en est un.

Le monde politique prend des décisions selon les informations qui lui parviennent, et pas toujours pendant les réunions officielles au ministère.

Avant de lui demander d'agir demandons-nous :
Qu'observe le gouvernement ?
Que lui donne-t-on à observer ?
Qu'a-t-il compris ?
Que lui a-t-on fait comprendre ?

La FNEK dénonce une commission qui n'agit pas dans le sens des intérêts de ceux qu'elle est censée représenter et prend des décisions qui vont à l'encontre du bon sens ou de rapports positivant les émancipations des IFMK.

Tout est malheureusement parfaitement normal. La première mission d'une commission est de rassembler les forces pour enterrer le sujet à évaluer. C'est dit froidement mais observé.

La pseudo fermeté du gouvernement face à l'interdiction du tabac malgré un rapport sans appel.

Le processus LMD n'est pas une avancée pour tout le monde. L'universitarisation est certes un progrès pour nous mais pas pour tous. Question simple : qui et pourquoi ?

Des indices sont dispersés dans le numéro 23, chez E. Viel et J. Monet.

Quels autres groupes d'intérêt sur l'échiquier ?
Quels sont leurs objectifs ?

Quel sont nos rapports avec eux ? (pas seulement le contrôle et la subordination, cf. J. Monet plus loin).

Combien de députés médecins ?

Et bien entendu : quels sont nos intérêts communs, que veut-on réellement obtenir ?

Aujourd'hui notre image ne se montre pas : elle se vend. Le kiné doit apprendre à se vendre, exposer son image. L'époque où l'on ouvrait sa fenêtre pour voir le temps qu'il fait est derrière nous.

Pour s'informer, pour communiquer, c'est un réseau (voir plus loin) qui au-delà de nos résistances culturelles se met en route : médias, relations publiques, informations, presse, audio-visuel.

L'engagement des élèves et futurs professionnels fait plaisir à voir, agir pour le changement est une cause juste.

• **Relecture** (pages 3 à 5) :

Concept original et sans équivalent à ma connaissance, la relecture s'attache à un principe que Michel Gedda annonce calmement au moment de la proposition : s'exprimer librement.

JY Garnier [LCSK n°19] résume très bien une partie de la problématique qui se présente au lecteur. Donner la liberté de faire à quelqu'un est le plus beau cadeau qui soit.

Mais cette liberté s'accompagne toujours de quelques difficultés et d'autres embûches.

J'ai relu toutes les relectures.

Autant d'exercices de style qui ne racontent pas la même histoire. Chacune est marquée par la personnalité de l'auteur qui donne son opinion non pas sur un seul sujet mais sur des thèmes qu'il n'a pas choisis.

Cette rubrique est donc particulièrement stimulante du fait du parti pris qui se dessine au fil de la relecture. Le jeu de l'expression est ici total et le lecteur nous interroge.

Le langage est spontané, proche de la parole.

Avoir des idées et les exprimer est un enjeu, un défi.

• **Formation** (pages 6 et 7) :

L'apprentissage Par Problème : une autre approche de la formation.

Pour avoir côtoyé des élèves kinés, je me suis rendu compte qu'enseigner (former) ne se résume pas à l'application de méthodes ou autres principes

■ LA QUESTION NAÏVE

Où trouver des kinés ?

C'est une véritable synthèse d'une multitude de savoirs, d'innombrables connaissances diverses et variées qui dépassent même la technologie purement kinésithérapique.

En cela, *La Lettre du CSK* est une source très riche car elle met dans un pot commun (on se sert, on y met) des avis, des idées, des opinions, des expériences, toute cette matière relationnelle et humaine qu'il est parfois difficile de transmettre ou de faire partager.

Des expériences vécues, des faits éminemment subjectifs.

Et l'enseignement se nourrit de subjectivité.

Regardez comme il est difficile de faire passer un cours, une notion quand on n'est pas d'humeur. Comme il est difficile de permettre une réflexion aux élèves en cours d'apprentissage.

Ce processus d'apprentissage est bridé par la perspective de l'examen, la sanction de la note. Peu de place pour la réflexion, l'argumentation, le débat, tout ce lien communicatif, chronophage et chaotique.

La note en point de mire impose à l'élève un apprentissage en quantité et permet à l'enseignant de passer outre certaines zones d'ombre qui jalonnent notre beau métier.

Alors pour enseigner il existe des méthodes, des moyens. Difficiles d'abord, abstraits et souvent exprimés dans un langage abscond. Appliquer une méthode d'enseignement se révèle vite très compliqué et parfois décevant.

Le public est indiscipliné, possède des opinions et autant de cadres de référence que d'individualités. Il conteste et remet en question. Nous faisons face à des compétences intellectuelles réelles.

Maîtriser un groupe ou même un seul individu dans un processus d'apprentissage exige beaucoup de travail et une ouverture à l'Autre, de la disponibilité [Gedda M. LCSK n°21, mai 2004].

Il faut pourtant commencer par des méthodes, l'APP en fait partie.

Encore un mot à propos de la formation : quand va-t-on ouvrir des spécialités en MK ?

Ce n'est plus une envie subite mais la réalité qui nous l'impose. On ne peut plus s'improviser pneumo-kinésithérapeute, comme dirait Pascal Gouilly.

J'ai lu dans une précédente *Lettre* ce mot : "la balkanisation par la spécialisation". Ce n'est pas à craindre du côté des disciplines de rééducation, elle existe déjà sous et repose sur des conceptions individualistes de notre discipline.

• **Cadrekinet.net** (pages 7 et 8) :

Les IFMK et Internet.

La vitrine de la kinésithérapie en France navigue sur un radeau. Je suis resté médusé après avoir visité les sites australiens par exemple.

Mais ce n'est pas qu'une question de moyens. Manque de temps et budget tendu certes. Mais une fois encore pour être visible, il faut montrer, "s'exhiber". Pour être entendu, plus que revendiquer, manifester ou protester, il est préférable de parler, échanger, communiquer, dialoguer, dire, écrire.

Un mode de pensée mondialisé s'accorde difficilement avec un processus idéologique national (quand il n'est pas local). Ce dernier relève de l'anachronisme [cf. plus loin].

• **Encadrement** (pages 9 et 10) :

L'évaluation des personnels de Santé (suite).

Faire vivre un réseau est un travail énorme.

Il me semble que nous faisons tous partie du réseau kinésithérapie. Un métier avec des racines communes. Des objectifs communs.

Cette idée de réseau est parfois vue comme une atteinte à la liberté d'agir.

Je me souviens avoir proposé aux MK de ville une plus grande collaboration pour le suivi après un séjour dans le centre médical. Réponse : nous sommes en concurrence. Il reste du pain sur la planche et du grain à moudre...

Le BDK (10 ans d'âge !) est considéré par certains à la fois comme une entrave à la liberté de choix et un moyen de contrôle. Notre époque revendique l'autonomie et la liberté de choisir.

Cette liberté est une illusion quand notre choix repose sur nos envies. Un bilan kiné hors diagnostic se construit non sur une réalité objective mais sur l'humeur du jour. Le BDK est pratiqué par 20% d'entre-nous, 80% restent soumis à leurs impressions du moment. Le cerveau reptilien aux commandes.

Cette liberté est un fardeau [Sartre].

Donner la liberté à quelqu'un, c'est le condamner à prendre ses responsabilités, l'obliger à faire des choix qui mènent à un engagement. La liberté fait rêver [Delacroix, Musée du Louvre], mais quand elle est acquise regardez dans quel dénuement se retrouvent les fiers combattants (les Républiques caucasiennes en ce moment).

La tutelle des médecins est consciemment dénoncée, inconsciemment désirée.

Quand notre esprit est libre c'est-à-dire responsable de manière totale du choix éclairé de nos actes, il s'affranchit des pulsions. Le BDK est un cadeau, ce fardeau de la liberté est le véritable garant de notre autonomie (pas uniquement professionnelle).

• **Parcours d'un cadre kiné** (pages 11 et 12) :
France Mourey.

Il faut absolument entendre et faire parler celles et ceux qui s'engagent dans notre profession. Un point de vue et des opinions, une manière de voir.

Le débat peut avoir lieu avec des personnes qui ont construit un raisonnement, un enchaînement d'idées.

La confrontation est toujours féconde.

Suivre le parcours d'une consœur (d'un confrère) montre que la routine est moins une fatalité qu'un laisser aller. Encourageant et motivant.

La liste des cadres à soumettre aux questions de Michel Gedda est longue.

• **Du passé au présent** (pages 13 à 16) :
**Le présent et le passé,
sources d'enjeux et d'exemples.**

Un régal cet article.

J'avais déjà lu Jacques Monet dans une autre revue sur le même sujet. Mais en véritable historien, il nous livre une nouvelle lecture de notre histoire.

Le temps améliore la connaissance du passé qui bizarrement s'éclaircit au fur et à mesure que l'on s'en éloigne. En 2006, un nouvel éclairage sur le siècle des lumières par exemple est vraiment passionnant.

Ce texte est extrêmement riche et j'aurais beaucoup de questions impossibles à développer ici.

Juste une [page 14, paragraphe 2] : l'antagonisme "équipe pluridisciplinaire vs particularisme professionnel". Travailler en équipe transdisciplinaire est une gageure. Souvent un dialogue de sourds, un choc culturel. J. Monet nous en donne ici une explication.

Le paragraphe suivant traduit la position réelle (réaliste) du kiné dans une institution.



FRANCO & FILS

C O N C E P T E U R

DEPUIS 1955

N°1

TABLE ÉLECTRIQUE

CATALOGUE SUR DEMANDE

30 MODÈLES

LONGEVITÉ :
Articulations montées sur paliers anti-usure.

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

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

STABILITÉ :
Section et conception des parallélogrammes.

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

F A B R I C A T I O N
D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX

Un commentaire à propos d'une notion [p. 15] importante à mes yeux : celle d'anachronisme.

Notion fondamentale et universelle en Histoire bien-sûr mais aussi en Art. Le danger est donc d'utiliser un mode de raisonnement anachronique.

La nomenclature, le découpage en durée de trente minutes par séance entre autres.

La peur de la mesure quantitative et d'une sécu répressive. Entre autres idées anachroniques.

• **Fenêtre** (page 17) :

L'amour parfait.

Cette envie de perfection ne me fait pas oublier qu'une existence se construit et que l'on n'est jamais spectateur de sa vie ; sauf peut-être au moment du dernier au revoir.

Sincérité et honnêteté, deux clefs pour un amour parfait.

Cette rubrique est anonyme. Très bonne idée, que cela reste ainsi.

• **L'A.F.R.E.K.** (page 18) :

Éducation : évolution ou révolution ?

Toujours trop courte cette rubrique.

Chaque mot a son importance, une idée capitale dans chaque phrase.

À propos du LMD :

Les français s'entêtent et imaginent montrer le chemin. On ne donne pas l'exemple en disant non.

C'est l'histoire classique des raisons contre et des moyens pour.

Le monde change.

Penser et réfléchir sont devenus subversifs, l'inculture est la règle. Heureusement, celles et ceux qui lisent ces lignes ne sont pas concernés puisqu'ils s'informent et auront forcément une réflexion, un avis.

Notre profession nous apporte autre chose que des revenus, nous connaissons des métiers en pleine crise existentielle qui rêvent de mettre la main sur nos atouts.

• **Documentation** (page 19) :

Il n'y a pas de recherche documentaire parfaite.

Et vous percevez pleinement le sens du mot "toile".

Une recherche mène à une autre.

Nous savons qu'il faut arriver à l'article original et non s'en tenir à ses reprises dans d'autres publications. Mais en cours de route, on s'arrête à celui-là qui est quand même bien intéressant ; et celui-ci qui ouvre une autre perspective.

Très joli mot "perspective" : quelle est la perspective de la kinésithérapie ?

Et la vôtre ?



Jean-Christophe VILLIOT-DANGER,
Centre Médical Bois de l'Ours
Briançon (05).

Kinésithérapie

Votre revue de référence professionnelle

la revue

propose

le Prix du meilleur premier document écrit en kinésithérapie 2007, d'un montant de 1 000 euros.

Objectifs : La rédaction de *Kinésithérapie, la revue* avec le soutien des éditions Elsevier-Masson, a décidé de décerner un prix d'une valeur de **1 000 euros** à l'auteur du meilleur premier document écrit en kinésithérapie. Un abonnement d'un an à la revue est également offert au lauréat et aux auteurs des articles retenus par le jury. Pour concourir, l'auteur ne devra jamais avoir publié de texte dans une revue professionnelle. Votre article original, accompagné d'un courrier expliquant clairement les motivations de la candidature de l'auteur, devra être envoyé en 3 exemplaires avant le **31 décembre 2007** (le cachet de la poste faisant foi) à l'adresse suivante :

Kinésithérapie, la revue, "Prix du meilleur premier document écrit en kinésithérapie 2007",
Editions Elsevier-Masson, 62, rue Camille Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex.

Pour connaître les conditions d'attribution du prix et le règlement du concours :

Tél : 01 71 16 54 14 - Fax : 01 71 16 51 84 - e-mail : kine@masson.fr - web : http://revuekine.hautetfort.com/kinesitherapie_le_prix/

■ Cadrekine.net

Les sites contributifs : une nouvelle ère pour internet.

Si je vous parle de blog, vous direz que vous connaissez. Les sites "personnels" évoquant la vie de l'étudiant kiné (<<http://ceerrfien.allmy-blog.com/>>, <<http://kineunjour.blogspot.com/>>, <<http://kinekro.free.fr/>>) se développent doucement sur le net. Certains professionnels utilisent le nom "kiné" directement sur le site (kinéblog.net : <<http://www.presque.net/essai/>>, blog du kiné : <<http://blogdukine.fastblog.fr/>>). En interrogeant Google avec les mots "kiné" et "blog", vous localiserez aussi des messages de patients qui racontent leurs expériences avec leur kiné. Dans tous les cas, vous pouvez commenter les "notes" des rédacteurs et échanger avec le créateur du site.

Cette envie de communiquer, de diffuser des messages s'amplifie avec des moyens technologiques de plus en plus accessibles. Pour créer un blog, il faut moins de 5 minutes à un novice [1]. Pour déposer des photos ou des vidéos rien n'est plus simple avec (*flickr* ou *picasa* pour les photos et *youtube* et *dailymotion* pour les vidéos).

Parallèlement à cela, les sites "contributifs" se multiplient. Il s'agit de sites où ce sont l'ensemble des internautes qui produisent le contenu. Wikipedia (<<http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil>>) utilise ce principe pour élaborer son "encyclopédie". Lors des dernières élections en France, le contenu des articles présentant les candidats sur wikipedia était surveillé. Après le débat présidentiel, les informations sur le réacteur nucléaire EPR ont été "vandalisées" (c'est le terme pour décrire les "vandales" qui altèrent le contenu d'une définition ou trompent sciemment les lecteurs). Ainsi plus de 51 modifications ont obligé le gestionnaire de page à tout bloquer (<http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Réacteur_pressurisé_européen&action=history>). Le fonctionnement humain est une limite à l'élaboration de ces sites (<<http://fr.wikipedia.org/wiki/Wiki>>), pourtant c'est un moyen d'utiliser toutes les ressources disponibles et de dépasser le blog ou "cahiers d'humeur".

Erratum

Lors du dernier numéro, une partie du tableau recensant les IFMK a été coupée par la mise en page chez l'imprimeur. 6 IFMK n'ont pas été cités dans le tableau (CEERF, Lariboisière, Limoges, Montpellier, Rennes, rue du Commerce). Quelques IFMK n'ont pas encore de site Internet ; nous ferons le point dans un prochain article.

Joomla (<<http://www.joomlafrance.org/>>) va sans doute révolutionner les sites web par sa simplicité et son niveau d'accès. Joomla est une interface Internet qui permet de mettre en place des sites Internet via un navigateur comme Internet explorer ou Firefox.

Ce site peut être développé en ajoutant des notes, des commentaires, des sondages, des forums, des classements avec une grande souplesse. Le créateur du site est considéré comme "super-administrateur" et peut tout changer sur le site. Il a accès à la partie visible que les internautes consultent et à la partie cachée où il peut modifier rubriques, notes, commentaires des internautes, etc. Le créateur du site peut donner des droits à toute personne inscrite sur le site créé (avec un nom "utilisateur" et un mot de passe) pour lui permettre de modifier la partie visible et la partie cachée du site. En tout, il existe 7 niveaux de droits de modifications du site :

- personne enregistrée ;
- auteur ;
- rédacteur ;
- éditeur ;
- gestionnaire ;
- administrateur ;
- super-administrateur.

Les 3 derniers niveaux permettent de modifier l'interface du site. Avec ce principe, le créateur du site peut donner de plus en plus de droits pour modifier tout ou partie du site et créer un réseau de personnes ressources qu'il testera en leur donnant de plus en plus de droits. Beaucoup de sites web que vous consultez utilisent Joomla. Cela va s'étendre à la kinésithérapie. Des aides en ligne sont facilement accessibles (<<http://www.joomlafacile.com/>>) et des forums aident les internautes à se "dépatouiller".

Nous avons mis en place 2 sites basés sur Joomla. L'un pour recenser et évaluer les formations continues en kinésithérapie (<<http://www.kinescoop.com/Formationkine/>>) et l'autre sur l'évaluation des formations en ostéopathie (<<http://www.formationosteo.com/Evaluation/>>). Sur le premier site, en 2 mois 22 auteurs se sont inscrits et ont déposé 214 présentations de programmes de formation continue. Deux personnes ont commenté les formations reçues. Il est possible noter chaque formation de 1 à 5. Pour le site sur la formation initiale en ostéopathie, les internautes ont commencé à noter les formations et à faire des commentaires sur les 49 formations recensées (au 16/05/07).

Une des compétences du cadre et de partager et diffuser l'information en collaborant avec les autres. Souhaitons que les nouvelles technologies du web soient pleinement utilisées pour améliorer la communication et instaurer une démarche collective.

1. Eudriller P. Ça blog ? Ça podcast ? Kinésither ann 2005; 44-45:46-51.



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

ENCADREMENT

L'organisation des structures en pôles : décentralisation et rationalisation des fonctionnements ?

LES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

L'ordonnance du 5 mai 2005 précise, dans ses articles L.6146-1 et L.6146-6, que les conseils d'administration des établissements définissent leur organisation en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif.

La nouvelle gouvernance hospitalière donne des délégations de gestion (GRH, budgets, etc.) aux pôles, leur assurant une relative liberté d'action.

Les pôles sont gérés par un praticien, un cadre de santé et un cadre administratif.

Le praticien responsable de pôle met en place la politique générale de l'établissement, conduit les objectifs définis, évalue son activité au regard des moyens alloués.

Le décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 précise les attributions, la composition, le mode de fonctionnement des conseils de pôle. Il définit son organisation. Il se substitue à l'ancien Conseil de service et doit :

- participer à l'élaboration du contrat interne, du projet de pôle ;
- comporter des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- faire des propositions sur le fonctionnement du pôle ;
- favoriser les échanges d'information concernant les moyens et difficultés ;
- échanger des informations par rapport à l'activité,
- et effectuer le rapport d'activité.

Cette réforme amène une responsabilité décentralisée, une responsabilité directe puisque les pôles déterminent objectifs, connaissent leurs moyens et leurs dépenses et ont une vision analytique de leur activité.

QUELQUES EXEMPLES

• **En CHU** : par Fabien Launay, cadre supérieur de santé, pôle rééducation au CHU de Dijon.

Après un parcours de kinésithérapeute et de cadre, essentiellement en région parisienne, je me fixe à Dijon où la fonction proposée répond à mon désir d'allier un poste temps plein de surveillant-kiné au CHU et d'enseignant vacataire à l'école de kinésithérapie. C'était en 1990...

En 1995, j'ai vécu le passage de "surveillant-kiné" à "cadre de santé" (CS) et ai pu mettre en pratique les nouvelles dispositions en encadrant une équipe pluridisciplinaire.

De mon expérience de CS, il me semble intéressant de faire ressortir les points suivants :

- Depuis 1995, le CS a pour vocation de gérer une équipe pluridisciplinaire, ce qui renforce l'identité rééducative, la cohérence du discours auprès des patients et la complémentarité de soins.

- Du fait de sa filière d'origine très spécialisée, le CS kiné peut se sentir limité dans sa compétence d'évaluateur des collègues non kiné. Aujourd'hui, il faut admettre que le cadre n'est plus un expert technique mais un manager au service de l'efficacité des soins.

- Ce changement a été pensé dans le but d'une meilleure gouvernance hospitalière et non dans celui d'un compagnonnage professionnel. Le CS n'est plus formé pour devenir l'expert technique d'un petit groupe professionnel homogène mais pour être le gestionnaire d'une équipe pluridisciplinaire.

Ensuite, promu cadre supérieur de santé, d'autres problématiques sont apparues, notamment avec la mise en place des pôles d'activité (dès 2002 à Dijon) :

- Le cadre supérieur de santé (CSS) est membre de la Direction des soins. Ce lien hiérarchique est un atout majeur car il confère une reconnaissance institutionnelle à l'ensemble des soignants, *a fortiori* si l'un des directeurs de soins ou CSS est issu de la filière rééducation. Il pourra véhiculer l'une de nos valeurs professionnelles : servir pour favoriser l'indépendance des patients.

- Les CSS peuvent exercer plusieurs fonctions : être CSS d'un pôle d'activités médicales ou assister un directeur (CSS transversal au sein des DRH, DES...) ou encore être CSS enseignant.

- La nouvelle gouvernance hospitalière donne des délégations de gestion aux pôles, leur assurant une relative liberté d'action. La mise en œuvre de la T2A devrait accentuer ce phénomène. Les rééducateurs

deviendront des prestataires de soins auprès des autres pôles, assurant un service sur le mode "client-fournisseur", dégageant des ressources probables au bénéfice du pôle.

- Une nouvelle forme de démocratie s'instaure à l'hôpital grâce aux nouveaux textes. Ainsi, le pouvoir n'est plus réservé à la majorité ("pouvoir infirmier") mais commence à s'étendre à tous, notamment à la minorité des rééducateurs. C'est ainsi qu'apparaissent les Commissions de soins (infirmiers, rééducateurs, médico-techniques), les Conseils de pôle, les Conseils de services où siègent les représentants de tous les personnels. Le CSS est membre de droit du Conseil de pôle, instance où sont prises les décisions concernant le pôle.

- Le pôle RRF du CHU Dijon comprend 180 paramédicaux, dont environ 145 agents de jour et 25 agents de nuit. Les rééducateurs représentent environ 55 agents, avec une très forte majorité de kinés. L'équipe cadre est composée de 3 cadres infirmiers, 1 cadre ergo et 5 cadres kinés.

- Mes principales missions CSS consistent à manager les personnels non médicaux, à organiser avec le coordonnateur médical le fonctionnement du pôle (3 services d'hospitalisation et plusieurs UF) et à contribuer à la conception et à la mise en œuvre de divers projets institutionnels (plan équipement biomédical, plan mobilier, plan formation, projet de soin, projet polaire, travaux, etc.).

J'ai l'intention de développer la fonction cadre en valorisant l'aspect pluridisciplinaire et l'étendue des missions. Déjà, plusieurs cadres de proximité (filière kiné ou ergo) gèrent des collègues rééducateurs de métiers différents. Prochainement, j'aimerais qu'un cadre kiné gère une unité d'hospitalisation. Bien-sûr, il faut également admettre qu'un cadre infirmier puisse gérer des rééducateurs.

Jusqu'à présent je n'ai rencontré qu'une seule difficulté. Elle est au niveau de la DRASS qui applique scrupuleusement les textes et ne reconnaît donc pas la compétence professionnelle d'un cadre non moniteur-kiné pour valider les stages kiné. À titre indicatif, un moniteur-kiné peut valider des stagiaires ergo, orthophonistes... sous réserve que le tuteur soit de cette filière.

- Outre cette activité CSS, il m'a paru important de garder une activité d'enseignant-moniteur à l'IFMK afin de renforcer le lien avec mon passé de soignant et de pédagogue. Ainsi, chaque année je fais passer régulièrement des MSP, dirige une dizaine de mémoires et poursuis mes cours (évaluation/testing, neuro-rééducation, électrothérapie, etc.).

Et demain ?

Les probables difficultés à venir proviendront, à mon avis, du manque de :

- candidatures kinés hospitaliers pour occuper les postes vacants. Cette pénurie nous obligera à trouver des palliatifs afin de préserver la continuité des soins : infirmières, APA, kinés étrangers...

- cadres entraînant un encadrement des kiné et étudiants-kiné par d'autres métiers.

- formateurs en IFMK.

Finalement, qui va "faire la kiné à l'hôpital" et qui formera les futurs kinés ?

En ville, la plupart des nouveaux diplômés filent vers l'ostéopathie ou le bien-être.

En clair, quelle légitimité peut-on attendre du public et des décideurs ?

Si l'une des qualités essentielles d'un responsable réside dans sa capacité à anticiper les problèmes et à les résoudre avec pertinence, j'ai la fâcheuse impression que nos responsables politiques et professionnels ont d'autres qualités...

• **En Centre Hospitalier public** : par Guylaine Desjardins, Maryline Guégan, Francis Cazaux, cadres de Santé kinésithérapeute au CH de Lannion-Trestel.

Le CH "Le Damany" comprend deux sites distants de 17 km, dont un centre de rééducation. Depuis le 1^{er} janvier, il est organisé en 6 pôles : médecine, chirurgie, femme-mère-enfants, personnes âgées, médico-technique, rééducation et unités médico-sociales.

L'essentiel du pôle rééducation est constitué par le CRFF en milieu marin de Trestel qui comprend :

- pour le secteur sanitaire : 2 services d'hébergement ("adultes" et "enfants") et le plateau technique ;

- pour le secteur médico-social : le SESSAD et la "Maison de l'Estran" pour polyhandicapés.

Les autres rééducateurs travaillent à Lannion :

- pour le secteur sanitaire : en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et en SSRG (soins de suite et de réadaptation gériatrique) ;

- pour le secteur médico-social : au CAMPS (centre d'action médico-sociale précoce) et à l'USLD (unité de soins de longue durée).

Ce pôle est géré par un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), assisté par un Directeur de pôle issu de la filière éducative, et un Cadre supérieur de santé responsable de pôle issu de la filière soignante.

Le pôle de rééducation compte 7 médecins MPR, 1 rhumatologue, 1 neuropédiatre et 1 phoniatre.

L'équipe de rééducateurs, managée par 3 cadres de santé kinésithérapeutes, est composée de :

- 30 masseurs-kinésithérapeutes,
- 12 ergothérapeutes,
- 7 orthophonistes,
- 3 psychomotriciennes,
- 2 ortho-prothésistes,
- 2 vacations d'orthoptiste,
- 2 secrétaires agents de planification,
- 12 aides-soignants et ASH (personnel de balnéothérapie, gymnase et brancardage).

Bien qu'encore en période de mise en place, cette nouvelle gouvernance est génératrice d'une dynamique fédératrice et apporte une meilleure communication entre les différents secteurs du Pôle.

Ces 2 expériences mettent en évidence la spécificité du rôle de cadre de pôle. Qu'il soit issu de la filière rééducative ou non, il devra répondre à un profil de poste spécifique, exigeant à la fois des compétences de management, de gestionnaire, et de communication, et de connaissance des outils de qualité de soins.



Véronique BILLAT,
Responsable de la Chronique.
v.billat@ch-neufchateau.fr

Exemple de fiche de poste de cadre de santé pôle (CH de Neufchâteau, Vosges)

Missions principales : Le cadre de santé de pôle assiste le médecin chef de pôle pour l'élaboration du projet de pôle, la définition de la stratégie de mise en œuvre, son organisation, sa gestion et sur les modalités d'évaluation de ses activités.

Modalités de désignation : Le cadre est désigné par le directeur après avis du directeur des soins, du responsable de pôle et du conseil exécutif.

Liens hiérarchiques : le directeur et par délégation le directeur des soins coordonnateur général des soins et dans le respect de l'organigramme en vigueur.

Liens fonctionnels : le médecin chef de pôle, les collaborateurs de ce médecin, le cadre administratif.

Diplôme requis : diplôme de cadre de santé ou de cadre sage-femme pour le pôle mère-enfant.

Qualités attendues :

- fortes aptitudes au management
- motivation à développer des compétences de gestion financière et organisationnelles
- maîtrise informatique
- coordonner et optimiser les prestations de soins et d'activités paramédicales
- coordonner un ensemble d'unités ou de services afin d'améliorer l'organisation par le management d'une équipe de cadres
- collaborer avec la direction des soins pour la mise en œuvre du projet de soins et de projets transverses

Missions :

1. Participer à la mise en place et au fonctionnement du conseil de pôle :
 - garantir la qualité de la prise en charge des usagers dans le respect des droits des usagers et en conformité avec les protocoles et procédures en vigueur dans l'établissement,
 - harmoniser les pratiques professionnelles,
 - harmoniser l'organisation pour optimiser la continuité et la sécurité des soins (dossier de soins, planification des soins),
 - participer à l'élaboration du contrat d'objectif et de moyens.
2. Élaborer le projet de pôle en collaboration avec le médecin responsable de pôle et le cadre administratif en cohérence avec le projet d'établissement. Définir une politique de formation pour le pôle en cohérence avec le projet médical et le projet de soins.
3. Décliner le projet de pôle en adéquation avec le PE (projet de soins, le projet social) et en garantir la cohésion.
4. Contribuer à la gestion économique du pôle :
 - gestion efficiente des moyens matériels,
 - mise en place des tableaux de suivi en collaboration avec la direction des affaires financières,
 - choix des équipements et travaux et définition des priorités en fonction des besoins du pôle.
5. Manager les cadres de proximité.

6. Informer les cadres des objectifs et les équipes des objectifs et des résultats.

7. Superviser la gestion et les effectifs au regard de la charge de travail au sein du pôle.

8. Développer le partenariat interservice.

9. Superviser la démarche qualité et gestion des risques au sein du pôle.

10. Assurer une communication intra et extrahospitalière :

- diffuser l'information orale et écrite
- organiser des réunions
- participer au travail en réseau
- collaborer avec les directions fonctionnelles.

11. Élaborer le rapport d'activité annuel du pôle.

Ce profil de poste de "cadre de santé de pôle" d'un hôpital de proximité a le mérite d'insister sur la mission de l'évaluation de la qualité des soins.

Mais, demain la gestion rigoureuse des ressources humaines et des moyens n'aura-t-elle pour conséquences de :

- produire des effets positifs tels que l'amélioration des organisations donc de l'efficacité des soins dans un premier temps,
- mais aussi sans doute une rationalisation financière qui fera que des emplois moins onéreux pourront apparaître et que notre profession sera menacée (rejoignant la problématique de Mr Launay à Dijon) dans un contexte de difficulté de recrutement de kinésithérapeutes ?

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ

**Michel
THUMERELLE**

48 ans

**Directeur-Adjoint
CHRU de Lille**

**M.K.D.E. en 1981
M.C.M.K. en 1985**



Quel est votre parcours professionnel ?

Au-delà même des compétences propres ou acquises, de l'expérience et du savoir, il m'apparaît que le parcours professionnel d'un individu, en tout cas en ce qui me concerne, relève essentiellement de ressources issues de rencontres humaines professionnelles ou non, de l'exemple donné par autrui, de l'exploration des qualités, voire des défauts de l'autre, de l'opportunité à saisir les lumières, les reflets humains au travers de ces diverses rencontres souvent décisives.

Je suis né en 1958 dans le Nord de la France, en plein cœur du pays minier souvent cité comme "terre de labour", et c'est effectivement dans cet esprit que mes parents m'ont construit, au sein d'une grande famille unie. Issu d'un milieu ouvrier minier, mon père avec amour, fermeté et conviction n'avait cessé d'accompagner l'évolution sociale de sa famille au travers de l'éducation et de la formation de ses enfants. Mon frère aîné, élève brillant et travailleur faisait "médecine" ; il fallait donc que je suive. À ceci près qu'à l'époque, il me manquait le courage, exprimant un côté un peu rebelle contre "l'exemple à suivre" et par ailleurs, j'étais plutôt attiré par une profession d'éducation physique ou sportive. Alors donc, dif-

ficilement, on trouva un compromis : "Il fera Kiné"! Naïve illusion d'un savoureux mélange de pseudo-médecine, d'éducation sportive et de valorisation sociale. Aujourd'hui, avec le recul, je peux confirmer ici que le kiné n'est pas forcément sportif, encore moins médecin et *a priori* ne semble pas faire l'objet d'une particulière reconnaissance sociale.

Alors me voilà à l'école de kinésithérapie du Nord de la France. Une formation dont je garde le meilleur souvenir, riche, agréable avec de formidables enseignants passionnés et qui, à mon sens à l'époque prodiguaient un enseignement en adéquation avec l'exercice du futur métier. Sorti major de promotion en juin 1981 et après quelques brefs épisodes de remplacement libéral, j'intègre très rapidement le secteur hospitalier. Une touche de gériatrie, un peu de cardiologie et puis enfin, la chirurgie thoraco-pulmonaire. Un service de haute technicité qui rapidement me permet d'acquérir une maîtrise dans cette activité de kinésithérapie alors fort peu développée. Le Pr. Ribet, chef de service, me met "le pied à l'étrier" ; travailler, encore et toujours, publier avec en prime un apprentissage "serré" forçant l'écoute et le profond respect du patient. À peine six mois de fonction et une première communication au congrès de la Société de Pneumologie

Française. Une réussite sous la conduite du Pr. Francke, anatomiste aujourd'hui doyen de la faculté de médecine de Lille, et de Jean Dhaene, moniteur cadre. Le "microcosme" de la kinésithérapie respiratoire devient mon quotidien, une équipe d'amis passionnés et soudés autour de Joël Barthe, précurseur en la matière.

Fort logiquement, après trois ans de salariat, je rejoins l'école des cadres contre l'avis de la kiné-chef d'alors ; il me faudra donc financer cette formation. Me voilà à Bois-Larris, haut lieu d'échange, de réflexion et de recherche sur la kinésithérapie. Là encore, une année de travail mais oh combien riche et structurante. Éric Viel et Gérard Pierron me feront confiance, à la fois élève et enseignant en kiné respiratoire. Cette confiance sera reconduite pendant plus de dix ans. Une année durant laquelle, à l'occasion d'un stage au CHRU de Grenoble et au contact des Pr. Merlen et Franco, je me découvre un autre intérêt : la kinésithérapie vasculaire périphérique, spécialité encore moins développée, et pour laquelle, là encore, j'apprends et j'enseigne en même temps. Sorti major de promotion de l'ECK Bois-Larris en juin 1985, je retourne au CHRU de Lille. La kiné-chef est toujours là ! Donc pas de poste de cadre ! Alors je fuis pour le CH de Roubaix, à quelques kilomètres : une première, courte, triste et malheureuse expérience de gestion d'équipe compliquée pour gens compliqués - j'ai depuis longtemps oublié.

Le poste de kiné-chef du CH de Lens se libère alors. Sans réelle conviction je postule mais, une fois de retour au pays minier, je découvre un autre univers, une équipe merveilleuse avec notamment une hiérarchie totalement ouverte au développement personnel et professionnel. Pendant dix ans, je dirige cette équipe tout en sillonnant la France pour enseigner la kinésithérapie respiratoire et vasculaire : Bois Larris, les écoles de Lille, Berck, Amiens, Orléans, etc. Les congrès spécialisés auxquels les participations et les communications sont systématiques, les publications

en parallèle, les soirées d'animation thématiques pour les étudiants, bref, dix années de travail, limite VRP de l'enseignement, mais dix années de vrai bonheur !

Au cours de cette période, un autre monde s'ouvre à moi, celui de la mucoviscidose, une sphère d'humanité et de compétence qui m'accueille bras ouverts. Un long chemin de réflexion sur la maladie, sur soi, sur le monde associatif et surtout une très grande école d'humilité. Là encore, les conférences et les communications se bousculent.

Un partenaire fait ce chemin à mes côtés, Hugues Gauchez, passionné lui aussi. Totalement complémentaire de mes qualités et surtout de mes défauts, il devenu l'inséparable ami des bons et mauvais moments. Également consultants pour des laboratoires spécialisés et membres du comité d'éthique de l'Œuvre de Santé pour l'Enfance Déshéritée, nous enseignerons la kinésithérapie de la mucoviscidose un peu partout en France et à l'étranger, particulièrement dans les pays de l'Est. Plusieurs années de rencontres internationales, notamment aux USA, nous amènent à tisser avec l'association VLM (Vaincre La Mucoviscidose) un programme d'enseignement national sur la spécialité aujourd'hui reconnue.

En général, il me semble que le monde associatif est une réelle opportunité de développement. Il permet les échanges d'expériences tout en développant le potentiel de créativité de chacun et cela dans un cadre éthique et structuré. Au CH de Lens, nous avons créé l'ALIR (Association Lennoise pour l'Information en Rééducation) qui a connu de belles soirées/débats entre professionnels, cadres enseignants et étudiants. J'ai également fondé et présidé quelques années l'Association Mucoviscidose et Kinésithérapie qui aujourd'hui représente l'organe officiel partenaire de VLM sur le volet kinésithérapie.

À Lens, je rencontre les principaux "hommes clefs" de mon parcours professionnel. Maurice Dhedin, qu'avec

amusement j'appelle encore "Mon Maître" et qui m'a tellement apporté dans la gestion des rapports humains, le sens de l'amitié, de la sagesse et de la convivialité permettant bien souvent de résoudre de nombreux problèmes ou conflits. Le directeur de l'hôpital aussi me donnait sa confiance dans l'organisation et la gestion du service. Sans aucun doute, ce directeur, Didier Delmotte a permis l'orientation de ma carrière. À ses côtés j'ai découvert le sens du service public, de l'intégrité, de la loyauté et du travail efficace mais aussi et surtout les valeurs de la fidélité et de l'amitié vraie. En 1997, la structuration sanitaire régionale de la rééducation nécessite l'ouverture d'un centre de rééducation en périphérie lennoise, et tout naturellement Mr Delmotte me propose d'en prendre la direction. En détachement de la Fonction Publique hospitalière, j'œuvre alors pour la création et le développement de ce centre de 120 lits et places de rééducation neurologique et respiratoire pour le groupe hospitalier Berckois PSPH "Fondation Hopale".

Je m'éloigne alors peu à peu du monde soignant pour intégrer celui du management et de la gestion administrative. Un peu plus tard, le Groupe Hopale me confie la direction technique d'un CRRF à Bailleul dans le Nord. Il me faut maintenant valider ce statut par une formation adaptée et un diplôme adéquat. Pour cela, je rejoins l'institut de formation des cadres dirigeants de la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers à caractère Privé) et obtiens en 2 ans un DESS-Master de management et gestion des structures sanitaires et sociales à Lyon.

À mon retour, la Direction du grand groupe hospitalier privé AHNAC m'offre la direction d'un établissement MCO de 250 lits au cœur de l'Artois. La décision est difficile à prendre mais je me lance et me donne à fond dans la gestion d'une équipe médico-chirurgicale de renom et de qualité avec plus de 500 salariés. Une expérience éprouvante mais, en retour, l'apprentissage au quotidien d'un autre

métier, celui de directeur, de plus issu d'une filière soignante.

Durant ces années, il me faut parallèlement conduire la mission d'expert-visitateur de l'ANAES (aujourd'hui HAS) et c'est sûrement là l'une des plus belles missions qui me soit confiée, intensément riche de rencontres et de partage d'expériences professionnelles. Aujourd'hui encore, j'assure la coordination de nombreuses visites de certification "V2".

Dix années ont passé et on me rappelle la réglementation : les possibilités de détachement de la Fonction Publique sont maintenant épuisées et il me faut donc choisir entre la démission ou la réintégration à l'hôpital. Seulement voilà, statutairement la réintégration ne peut se faire que sur le corps d'origine, soit kinésithérapeute à l'époque. C'est vrai qu'après plus de 10 années de direction c'est dur, surtout pour les éventuels patients ! Alors, seule solution : obtenir le titre convoité de Directeur des Hôpitaux délivré par l'ENSP de Rennes. Une seule filière possible mais tellement restreinte. Je n'y crois pas vraiment, je la tente quand même et ça passe encore !

À l'issue d'une formation complémentaire, un arrêté ministériel de février 2005 me nomme Directeur-Adjoint au CHRU de Lille. Je retrouve un très grand patron devenu Directeur Général du CHRU de Lille, Didier Delmotte qui me confie entre autres la gestion du pôle d'activité en soins de suite et réadaptation du CHRU. Aujourd'hui c'est au travers de ce nouveau métier que je me reconstruis à nouveau dans le monde de la rééducation ; on pourrait dire que "la boucle est bouclée", mais je préfère le symbole de la roue qui tourne, modélisation théorique de Deming qui vise une constante amélioration de la qualité. Au total à ce jour, un profil de soignant, enseignant, directeur et qualicien qui a retenu récemment l'attention de la DHOS du Ministère afin de participer au dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières en cours.

Que vous a apporté votre formation à l'ENSP ?

La formation consiste en une formation statutaire obligatoire dont les modalités sont régies par décret. Six semaines de formation théoriques et un stage pratique de 4 semaines en situation de direction au sein d'un établissement hospitalier public agréé par l'ENSP. Il s'agit là d'un cycle de formation applicable aux directeurs des hôpitaux issus du "tour extérieur", c'est-à-dire nommés sur liste d'aptitude au regard d'une sévère sélection à partir des dossiers et d'entretiens d'évaluation. Nous sommes donc loin du programme des 3 années des Élèves Directeurs des Hôpitaux (EDH), bien qu'à la fin le diplôme soit équivalent au regard du ministère.

L'avantage consiste en une formation adaptée sur un programme choisi et conçu entre le directeur "tour extérieur" stagiaire et l'ENSP. Il suffit donc d'aller choisir à son gré au sein du programme des nombreuses formations dispensées par l'ENSP celles qui seront le plus profitables à notre futur métier. Tout doit être réalisé sur l'année suivant le décret de nomination ministériel. En ce qui me concerne, je me suis essentiellement tourné vers la gestion financière des établissements publics de santé et la gestion des ressources humaines, notamment dans son versant médical universitaire en lien avec le poste actuellement occupé. Il s'agit de formations très concrètes, réalisées par des professionnels pour des professionnels et permettant une transposition concrète et immédiate sur le terrain. Je retiens également de ces formations une extraordinaire richesse des échanges entre le corps enseignant, les jeunes élèves directeurs sortis des universités ou des "grandes écoles" face à l'expérience des directeurs en formation continue.

Bien que directeur en établissement privé depuis plus de 10 ans et titulaire d'un Master équivalent, il faut reconnaître que seule cette formation statutaire ENSP jouit d'une véritable reconnaissance auprès des professionnels et des collaborateurs.

Maintenant que vous participez à la direction d'un CHU, comment voyez-vous les kinésithérapeutes ?

Au travers de mes différentes fonctions, mon regard n'a jamais véritablement changé et je reste dans l'âme un kinésithérapeute et toujours très fier d'appartenir à ce corps de santé. Certes, "de l'autre côté de la barrière", il s'agit d'une profession difficile à gérer de par son caractère individualiste et "libéral" aux sens propre et figuré du terme. La pénurie des kinésithérapeutes salariés notamment dans la Fonction Publique hospitalière n'est pas pour favoriser l'image de ce dernier sur le terrain.

Au sein des services de soins, "le kiné" reste celui qu'on cherche, qui court, qui n'est pas encore arrivé ou déjà parti, celui à qui l'on demande n'importe quoi et qui bien souvent est prêt à n'importe quoi ! Sa réputation est souvent usurpée, malmenée, galvaudée mais, en fait, c'est la plupart du temps auprès des patients qu'il retrouve la reconnaissance et sa vraie légitimité et tout compte fait, c'est bien là le principal.

Quels sont vos principaux problèmes ?

Aujourd'hui, la gestion du pôle d'activité de soins de suite et rééducation qui m'est confiée reste un combat perpétuel de reconnaissance envers les activités de court séjour MCO et bien évidemment encore plus au sein d'un CHRU qui doit mettre en avant son image de très haute technicité.

Alors même que l'on parle de tarification à l'activité et de contractualisation interne permettant l'autonomie gestionnaire du champ MCO, le secteur SSR reste sous dotation globale, en léthargie créant un immobilisme déstructurant et néfaste aux professions de rééducation et réadaptation. Dans ce domaine, les activités sont hétérogènes, peu évaluées et peu codifiées avec de plus une mauvaise prise en compte par le législateur. Il faut donc souvent aller au conflit pour asseoir la légitimité de cette activité au sein du monde sanitaire.

Par ailleurs, la gestion des équipes de rééducation nécessite un encadrement aujourd'hui trop peu développé et encore peu préparé aux nécessités actuelles. Parfois trop soignant ou à l'inverse souvent trop administratif, le management en rééducation reste une réelle difficulté de terrain qui à mon sens mérite une profonde réflexion de la profession.

L'avenir de cette merveilleuse profession passe par une implication volontariste et réellement offensive des cadres de santé en rééducation dans les nouveaux concepts managériaux de la santé.

À titre professionnel personnel, quels "conseils généraux" donneriez-vous aux cadres MK pour améliorer la vie quotidienne de la kinésithérapie au sein de l'hôpital ?

Premièrement et sans hésitation, faire respecter notre domaine de compétence et cela quelque soit le secteur pris en considération, spécialisé ou non. À l'évidence, la mise en place du conseil de l'Ordre et l'application prochaine du nouveau décret relatif aux activités de soins de suite et de réadaptation constitue un virage essentiel de la profession et de sa reconnaissance, encore faudra-t-il négocier son application avec conviction, loyauté et habileté sur le terrain.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance au sein des réformes hospitalières actuelles représente un outil essentiel de prise de position incontournable pour les cadres de santé rééducateurs au sein de l'hôpital. Enfin l'obligation d'évaluation et de certification représente aujourd'hui clairement un champ d'investigation largement ouvert mais également d'expansion pour la profession. En y associant une dynamique associative "hospitalo-libérale" souvent fort appréciée de nos confrères, je suis persuadé que chaque cadre de santé en rééducation y trouvera les moyens d'améliorer la vie quotidienne des kinés en général et notamment au sein du monde hospitalier.

Entretien : Michel GEDDA

■ L' A.F.R.E.K.

Evidence based et EPP.

L' évidence française est "ce qui tombe sous le sens, et n'a pas lieu d'être prouvé". Il suffit de sortir dans le jardin pour qu'il paraisse évident que la terre est plate et stable ; la réalité scientifique est différente, et c'est de celle-ci que parle l' "evidence-based" qui se traduit par "basé sur les preuves".

De toute évidence (sic), l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) portera en premier lieu sur le respect des recommandations, aisément vérifiable. Le niveau de preuve deviendra incontournable. Changeons la signification du mot - ce ne sera pas le premier, et nous pourrons mesurer l'écart entre ce qui doit être fait et la réalité. L'EPP ne porte pas sur ce que sait le praticien, mais comment il fait.

Évaluation : examen systématique en vue de déterminer dans quelle mesure une unité est capable de satisfaire aux exigences spécifiées [ISO/TCI 176].

La *Chartered Society of Physiotherapy* (CSP) (équivalent britannique de l'Ordre des kinésithérapeutes) a fait paraître "*Guidance for developing clinical guideline*", une aubaine (*clinical guidelines* signifie à la fois "guide" et "ligne directrice"). Hélas, 35 pages sont noircies, et nous postulons qu'une minorité de confrères arrivera au bout.

Le document promet de fournir un cadre pour rédiger des guides et la méthodologie, en décrivant chaque étape du processus.

Le texte parle de niveau d'excellence et recommande des "articles de qualité", mais sans les définir. Nous avons adopté l'attitude anglaise qui veut qu'il est difficile de décrire une girafe, mais lorsqu'on est en présence tout devient simple. Nous avons une idée de ce qu'est le niveau de preuve, mais il ne convient pas à tous.

Qualité : aptitude d'un service à répondre aux besoins des utilisateurs, au moindre coût et dans les meilleurs délais [OMS].

Voici ce qu'est considéré "article non acceptable" :

- études avec biais : "puisque je le dis, c'est vrai !",
- amélioration rapide,
- ne peut pas faire de mal,
- sert à tout : résultats garantis.
- anatomie et physiologie douteuses, ne correspondant pas aux données actuelles de la science.

- Le document de recommandation acceptable :
- ne décrit pas des intentions, mais un traitement concret,
 - liste les ignorances et les connaissances,
 - ne remet pas en question la manière de soigner, mais ajoute de nouvelles pistes,
 - ne décrit pas de certitudes,
 - décrit la manière de faire, en précisant que ce n'est pas la seule.

Les guides ne doivent pas être suivis en toutes circonstances : il arrive que le MK utilise son jugement clinique en fonction de la réalité. Les recommandations sont basées sur des évidences fortes de traitement actif et les dérogations doivent être motivées.

Conseils de la CSP à suivre :

- constituer un groupe de développement de recommandations comprenant des cliniciens et des théoriciens en anatomie, physiologie et autres disciplines connexes,
- constituer un comité pour scorer l' "evidence",
- faire une liste de publications acceptables,
- faire un modèle de rédaction (présentation IMRAD selon les normes de Vancouver).

À quel saint se vouer ? La CSP conseille les 2 tables suivantes :

Table 1. Niveaux d'évidence - type d'évidence (adapté de *A hierarchy of evidence*, NICE, 2001) :

- Ia : *Evidence* obtenue à partir d'une revue systématique d'essais randomisés contrôlés.
- Ib : *Evidence* obtenue à partir d'au moins un article relatant un essai randomisé contrôlé.
- IIa : *Evidence* obtenue à partir d'au moins une étude bien conçue et contrôlée. Études sans randomisation.
- IIb : *Evidence* obtenue à partir d'au moins un autre type d'étude bien conçue et quasi-expérimentale.
- III : *Evidence* obtenue à partir d'une étude descriptive non expérimentale bien conçue à partir d'*evidence* expérimentale telle que comparaison, étude de corrélation et étude de cas.
- IV : *Evidence* obtenue de l'expérience, rapports ou opinion et expérience clinique d'autorités respectées.

Table 2. Scoring des guideline et recommandations (Source : NICE, 2001) :

- A : au moins un essai randomisé contrôlé partie d'une littérature de bonne qualité et consistant s'adressant au problème spécifique.

(Ia et Ib dans la Table 1)

- B : Étude clinique bien menée mais pas randomisée portant sur le sujet de la recommandation.

(IIa, IIb et III dans la Table 1)

- C : Comité d'experts - Experience du comité qui rend compte des opinions et de l'expérience clinique d'autorités compétentes (score applicable si des études cliniques de bonne qualité sont absentes).

(IV dans la Table 1)

D - Recommandations de bonne pratique basée sur l'expérience clinique du guide.

Sources de documentation :

- *The National Institute for Clinical Excellence*
- *Writing a clinical guideline - a model structure*
- <<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines>>
- <<http://www.agreecollaboration.org/>>
- <<http://www.nice.org.uk>>
- <<http://www.invo.org.uk/>>

Un guide clinique est un guide de comportement devant le patient qui fournit :

- une source de niveau de preuve efficace pour le patient, qui tient compte de ce qu'il y a de plus récent ;
- des sources fiables pour les kinésithérapeutes et d'autres, y compris les médecins-conseil des CPAM ;
- un outil qui permet une utilisation clinique simple et garant de qualité.

Nous avons déjà (avec le soutien de l'ANAES) proposé des fiches de procédure et suggéré un contenu pour des actes MK "de qualité" (Meier JM, Mansuy J, Ribeyrolles C, Schneider A, Eiberlé F, Chevanne MJ, Kerkour K, Chatrenet Y, Viel E. Indicateurs de qualité pour les technologies de santé utilisées en rééducation-réadaptation. Recherche en Kinésithérapie. 2004;2:21-9).



Éric VIEL,
Responsable de la Chronique.
eviel2@wanadoo.fr

du PASSÉ au PRÉSENT

Le présent et le passé, sources d'enjeux et d'exemples.

Une science improbable, une matière médicale disqualifiée

L'histoire des méthodes développées dans le précédent numéro engage d'étudier les conditions sociales de production des vérités scientifiques. Une telle analyse suppose que l'on ait un critère de scientificité donnant les moyens de distinguer ce qui est une science de ce qui n'en est pas.

Le critère sur lequel il y a un large accord aujourd'hui sur ce qui est scientifique peut être défini comme "*une proposition construite et exposée de telle manière que toute personne de même compétence puisse à des fins de vérification en réitérer la démonstration et en contrôler les rapports aux grandeurs observables*" (Noriel, 1995).

On croit savoir qu'une discipline et les connaissances qui lui sont associés ne peuvent perdurer qu'à certaines conditions : une légitimité scientifique qui conditionne sa présence et sa stabilité dans les institutions. À ce critère s'associe celui d'une communauté scientifique, d'institutions de discussion, d'évaluation, de transmission de résultats.

V. Karady recense les diverses stratégies mises en œuvres pour conférer à une discipline une légitimité institutionnelle, scientifique et sociale. Il décrit

les conditions de réussite qui favoriseraient cette entreprise. Il expose les atouts correspondants à des types de légitimité utilisés, capables d'assurer un statut à une discipline neuve, à une innovation au sein d'une branche d'études.

L'École sociologique, doit sa réussite à la conjonction d'atouts correspondants à des types de légitimité. La légitimité institutionnelle, c'est-à-dire la reconnaissance accordée à une formation à ambition scientifique par les institutions qui se situe au sommet de la hiérarchie socialement organisée, de la consécration, de l'inculcation, de la production, de la reproduction, de la conservation et de la diffusion des connaissances. Cette légitimité regroupe deux formes : celle qui se rattache à l'enseignement officiel (Facultés, grandes écoles, etc.) - la légitimité universitaire - et celle qui relève des instances académiques (Institut, sociétés savantes, etc.) - la légitimité académique.

En dehors de ces deux atouts qui représentent une légitimité "d'appoint", la légitimité scientifique est "la voie royale" qui a pour siège l'opinion savante tout entière. L'auteur conclut que l'Université ne peut légiférer dans sa politique de création d'enseignement qu'en recourant à la légitimité scientifique de l'enseignement envisagé.

Le critère scientifique est donc au cœur de la pénétration d'une discipline à l'Université. Les stratégies consistent à convaincre le monde universitaire du bien-fondé de cette thérapeutique pour qu'elle soit inscrite dans l'enseignement officiel à des fins de légitimation. Si une certaine théorisation de la kinésithérapie est possible, savoir pratique et expé-

rimentation clinique ne sont pas suffisants pour pénétrer le monde médical qui rencontre lui-même des difficultés pour se définir comme scientifique.

Une science a donc partie liée avec la manière dont on l'accueille dans l'enseignement (P. Favre). L'écartier de l'Université ou la placer en position subalterne ou à la remorque d'une discipline aux méthodes constituées, est l'exposer au péril de perdre son identité.

Classée initialement dans une matière médicale, la Thérapeutique, discipline peu porteuse à l'époque - la chaire de thérapeutique est une chaire d'attente -, et partagée avec les cliniques médicale et chirurgicale et certaines spécialités, la kinésithérapie, discipline composite doit convaincre sur plusieurs champs disciplinaires existants ou en voie de création, pour tenter de démontrer sa légitimité et sa spécificité, auprès du monde savant médical.

Discipline essentiellement pratique, la kinésithérapie s'appliquant à des champs médicaux spécialisés, ne peut mobiliser qu'un praticien spécialiste aux actions limitées à chaque champ. Cette position a pour conséquence l'impossibilité de trouver un professeur capable de mobiliser un courant de pensée ou de provoquer un prestige suffisant auprès d'un public érudit pour créer l'enseignement en question.

Malgré des tentatives permanentes des initiateurs et promoteurs de cette discipline qui multiplient les opportunités pour en démontrer l'utilité, pour tenter de l'introduire dans l'enseignement, elle ne répond pas au critère qu'exige la science, c'est-à-dire que "toute personne de même compétence puisse en réitérer la démonstration".

La kinésithérapie ne peut être accueillie en tant que science à l'Université et en particulier à la faculté de médecine qui valide les savoirs théoriques et non les savoir-faire appliqués dont l'inspiration empirique et profane ne facilite pas son admission. Les pratiques d'inspirations populaires peuvent-elles pénétrer en quelques décennies le monde médical et universitaire alors qu'elles ont été délaissées et méprisées pendant des siècles par ceux qui veulent en faire leur nouveau champ d'activité ?

La kinésithérapie ne possédant pas de légitimité scientifique ne peut prétendre à ce type de formation ni bénéficier d'institutions lui permettant de propager et de promouvoir ses applications. Cependant la formation de praticiens à cette discipline reste posée. Faut-il former des médecins spécialisés pour la pratique de cette discipline qui, venant en complément à d'autres spécialités, deman-

de une participation physique ou des aides disposant du temps, de la disponibilité et une certaine vigueur pour assurer les séances ?

La question d'une spécialité médicale, à part entière, qui n'est pas centrée sur la localisation de la maladie par organe, sur des conditions pratiques de séparation de population ou sur un modèle technique par l'utilisation d'appareils ou sur celui de la sociologie professionnelle, dans lequel où concurrence professionnelle, marché et clientèle sont confondus, semble écartée.

Si la légitimité scientifique a pour siège l'opinion savante tout entière, qui écarte momentanément la kinésithérapie, sa légitimité sociale peut prendre des aspects aussi divers qu'il existe de groupes de pression, d'agences de syndicats ; elle se manifeste par une demande publique de recherche d'érudition.

À certains moments, la kinésithérapie se rapproche plus du groupe d'intérêts professionnels chargés de "produire de la représentation d'intérêts... tout simplement des prestations matérielles" qui prétendent au monopole des pratiques.

La pénétration de ces méthodes dans le monde médical savant est l'objet d'enjeux entre des groupes professionnels qui se constituent, centrés autour des agents ou des techniques et en briguent l'exclusivité à des fins de marché (ostéopathie).

L'analyse de l'échec scientifique offre une occasion d'appréhender le passé et d'éviter les récits cumulatifs de l'histoire d'une "spécialité". La kinésithérapie, discipline paramédicale, pseudo-science, est reconnue disposant de savoirs demi-savants dans son histoire en marge des disciplines médicales spécialisées, dans la mouvance de l'hygiène.

Sans décider si ces savoirs sont ou non valides, on s'attache à revisiter l'histoire pour mieux appréhender le présent, source d'enjeux économiques et de pouvoirs où la formation reste l'élément essentiel de construction du métier.

La kinésithérapie qui se généralise, tente de se faire une place dans le champ médical, de la santé, et la prise en charge des maladies, mais c'est aussi un art et une technique qui doit se mettre en rapport avec la tradition de la pensée médicale et sociale du moment, sans faiblesse ni compromis si elle doit franchir les étapes de la légitimité.



Jacques MONET,
Responsable de la Chronique.
jacques.monet@aderf.com

FORMATION

L'Apprentissage Par Problème Exemple d'application.

Dans le dernier numéro de *La Lettre du CSK*, nous avons expliqué les principes de l'Apprentissage Par Problème (APP). Aujourd'hui, nous illustrons nos propos à travers un problème centré sur le rachis comme la lombalgie commune afin d'explicitier la démarche pédagogique sous-jacente. Il s'agit de comprendre comment cette approche privilégie une démarche hypothético-déductive et non la recherche de solutions.

Avant de construire le cas, un groupe de formateurs expérimentés et largement documentés sur le sujet détermine ce que l'on souhaiterait que les étudiants soient en mesure de comprendre, d'expliquer à travers ce cas. Ces mêmes personnes deviendront les animateurs de l'APP. À partir d'une situation concrète, réaliste et vécue, le cas est rédigé puis retravaillé afin qu'il y ait une totale adéquation avec l'intention de départ. Chaque étape de l'APP est organisée, planifiée ; les contenus et intentions pédagogiques sont discutés, spécifiés et formalisés. Cette séquence préparatoire terminée, un "guide du tuteur" est élaboré. Ce document comporte le cas, le problème à découvrir, les possibles hypothèses et objectifs d'apprentissage. Il comporte également tous les éléments nécessaires à l'ingénierie de l'action de formation. *Dans la suite du texte, le contenu de ce guide sera repérable par l'utilisation de l'italique.*

PREMIERE PHASE :

Les étudiants sont répartis en petits groupes (10 maxi). Pour la première étape, après avoir lu le problème avec les élèves, l'enseignant animateur fait repérer les mots complexes et importants puis clarifier les termes et les données. Il s'agit d'identifier et mettre en commun les connaissances initiales des étudiants.

• **Le problème :** *un homme lombalgique âgé de 40 ans cuisiner, 3 enfants (18, 12, et 4 ans) a déjà bénéficié de 2 séries de 10 séances de rééducation.*

Le diagnostic de lombalgie commune est validé (douleurs non localisées, inconstantes, sans signe radiologique de dégénérescence). Ce patient est à nouveau adressé par le rhumatologue à un kinésithérapeute libéral qui propose après un bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) approfondi, de faire pendant 10 séances de la rééducation propriocepti-

ve du rachis lombaire, de la physiothérapie et du renforcement du complexe lombo-pelvi-fémoral.

Il suit ses séances régulièrement, 4 fois par semaine pendant 45 minutes. Trois mois après la fin des séances, il doit à nouveau consulter pour réapparition de douleurs importantes l'amenant à solliciter un arrêt de travail.

Cette situation perdure depuis 2 ans, c'est-à-dire que les examens clinique et complémentaires restent inchangés, avec alternance de rééducation selon le même protocole et des crises algiques importantes.

L'étape suivante consiste à aider le groupe à définir le problème par une démarche d'analyse. Ainsi, les phénomènes qui demandent une explication sont listés, les indices sont relevés. Il est entendu que le groupe de formateurs a défini le problème pendant les séances préparatoires.

• Définition du problème :

Malgré une prise en charge individuelle qui semble de qualité, le taux de satisfaction du patient n'est pas suffisant. Les douleurs persistent et semblent même s'aggraver puisqu'elles perturbent l'activité professionnelle du patient.

Le problème étant défini, la troisième étape a pour but de mener le groupe à proposer des hypothèses d'explication. Pour chaque proposition, l'animateur analyse avec le groupe l'exactitude des informations apportées, relève celles qui sont erronées. Le rôle du pédagogue est entre autres de réactiver les connaissances antérieures, d'aider les étudiants dans le raisonnement, d'utiliser l'erreur dans l'apprentissage. La difficulté majeure pour l'animateur est de recentrer les débats afin qu'à aucun moment, les étudiants ne cherchent à trouver de solutions au problème.

Au cours de la quatrième étape, les hypothèses sont organisées et hiérarchisées. Voici celles qui ont été proposées par le groupe d'animateurs au cours des séances préparatoires.

• Hypothèses d'explications :

- H1 : *Les traitements effectués n'étaient pas adaptés au patient.*

- H2 : *Il n'y a pas eu d'évaluation kinésithérapique suffisamment discriminative, le BDK était incomplet.*

- H3 : *Indépendamment de la prise en charge physique, il n'y a pas de prise en compte de l'environnement professionnel.*

- H4 : *Ce patient veut se créer un statut de "malade".*

La cinquième étape du travail consiste à mener le groupe à formuler des objectifs d'apprentissage. Ils seront déclinés pour chaque hypothèse. L'animateur peut amener le questionnement ainsi : pour vérifier si cette hypothèse est vraie ou fausse, que doit-on être capable de savoir, d'expliquer, d'analyser, de comprendre ? Que doit-on savoir faire et justifier ? Quelle pratique doit-on mettre en œuvre ? Quel comportement adopter vis-à-vis du patient ? Cela permet un véritable décloisonnement des disciplines. Les objectifs d'apprentissage contenus dans le guide sont listés et déclinés, nous proposons de ne présenter qu'un extrait de cette liste.

• **Objectifs d'apprentissage :**

Objectifs correspondants à H1 :

- Recenser les différents écrits sur la lombalgie produits par la Haute Autorité de santé (HAS).

- Recenser et analyser les divers écrits sur l'efficacité des différentes techniques de rééducation sur la lombalgie commune et leur application à partir des documents et recommandations de la HAS.

- Récapituler les connaissances théoriques du traitement kinésithérapique de la lombalgie commune et expliquer la démarche (bilans médicaux et kiné, prescription en masso-kinésithérapie, choix de techniques) selon les recommandations de la HAS.

- Expliquer les modalités de prescription et de prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune éditées par la HAS.

- Différencier le traitement kinésithérapique des actions préventives qui entrent dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

Objectifs correspondants à H2 :

- Identifier les causes de la souffrance rachidienne.

- Dresser la liste des causes possibles de souffrance rachidienne.

- Définir ce qu'est un bilan-diagnostic Kiné dans la lombalgie commune et identifier la liste des différents tests à disposition.

- Expliquer la démarche permettant de sélectionner les différents tests à effectuer dans le but de les discriminer.

- Identifier les causes à travers les bilans.

- Faire un bilan spécifique discriminatif, sélectionner le test qui permet de mettre en évidence chaque cause probable.

- Lister et sélectionner les informations à partir desquelles sera construit le programme de rééducation.

- Faire un bilan de type gestes et postures par rapport au poste de travail.

Objectifs correspondants à H3 :

- Identifier les répercussions professionnelles et sociales par rapport à la lombalgie.

- Proposer des solutions en rapport avec l'évaluation des risques professionnels relevés chez les cuisiniers.

Objectifs correspondants à H4 :

- Expliquer les retentissements psychologiques d'une maladie chronique.

- Expliquer la notion de dépendance vis-à-vis de la rééducation chez ces patients.

DEUXIEME PHASE :

Travail individuel.

La première phase de l'APP achevée, les étudiants partent individuellement chercher les informations.

Le temps imparti est défini dès le départ par l'équipe pédagogique qui évalue toutes les difficultés prévisibles dans la collecte d'informations. L'étudiant apprend à gérer et organiser son travail. Autonomisation et responsabilisation prend alors tout son sens dans l'apprentissage.

TROISIEME PHASE :

Synthèse.

Lors de la troisième et dernière phase, les étudiants se retrouvent en groupes afin de faire la synthèse de l'information recueillie et de l'appliquer au problème. C'est une réelle mise en commun des connaissances où les échanges et les débats sont de rigueur. L'enseignant est à la fois animateur, modérateur mais aussi expert et référent du domaine.

Enfin, un bilan du travail complété par un bilan individuel est effectué au cours des étapes suivantes.

Voici, à l'aide d'un exemple que nous avons quelque peu simplifié, ce qu'est une démarche APP. Elle est spécifiquement établie selon une approche par compétences qui se révèle être une force de la modernité contemporaine dans l'enseignement des sciences de la santé.

Aussi, libre aux équipes de terrains et d'instituts de collaborer pour mener à bien ce type de démarche.

Ont participé à l'élaboration de ce cas et animé les séances d'APP dès 1993 : P. Colné, R. Gagnayre, P. Gouilly, J. Peyranne, G. Pierron.



Josette PEYRANNE,
Responsable de la Chronique.
josette.peyranne@croix-rouge.fr

FENÊTRE

Parce que nous pensons que le fonctionnement, le quotidien ne doivent être les seuls préoccupations et ressources du cadre, nous voulons ouvrir La Lettre du C.S.K. à ces autres dimensions qu'on aborde rarement "la tête dans le guidon".

Pas pour être efficace, pour ne rien résoudre, juste sortir un peu de notre microcosme, s'en enrichir peut-être... Cette rubrique sera une fenêtre à ouvrir sur tout un monde de culture, de curiosités et d'intérêts divers qui peuvent aussi exister quand on forme, guide et vit auprès de femmes et d'hommes en évolution. Une ouverture vers ce que vous voudrez bien.

Car cette bouffée existera par vos soins.



par :

John-Kennedy TOOLE,

La conjuration des imbéciles.

Magasins Abalman
Kansas City, Missouri
USA

Monsieur I. Abelman, PDG et quasi-mongolien,

Nous avons reçu par la poste vos absurdes commentaires concernant nos pantalons, commentaires qui révélèrent surtout votre complet manque de contact avec la réalité. Eussiez-vous été tant fût peu plus conscient, vous eussiez aussitôt compris que l'expédition des pantalons en question s'était faite en toute connaissance de cause quant à l'anomalie de la longueur des jambes.

Mais alors, pourquoi, pourquoi ? direz-vous dans votre babil irresponsable, incapable que vous êtes d'assimiler les concepts les plus stimulants du commerce moderne à votre vision du monde retardataire et dégénérée.

Les pantalons vous ont été adressés :

1) comme moyen de tester votre esprit d'initiative (une firme dynamique et intelligente devrait être capable de faire en quelques jours des pantalons trois-quarts le fin mot de la mode masculine d'été. Vos services de merchandising et de publicité sont manifestement en faute), et

2) comme moyen de mettre à l'épreuve vos capacités de répondre aux exigences de qualité de nos distributeurs agréés. (Nos vrais distributeurs, ceux sur lesquels nous comptons, sont évidemment capables d'écouler en quelques jours des pantalons portant le label Levy, quelle que soit la qualité de leur conception et de leur réalisation. Selon toute apparence, vous n'êtes pas dignes de notre confiance.)

Nous ne souhaitons pas à l'avenir être importunés par ce genre de réclamations fastidieuses. Vous voudrez bien limiter votre correspondance à l'expédition de vos commandes. Nous sommes une firme dynamique et fort active, les tracasseries impertinentes dont vous semblez vous faire une spécialité ne peuvent qu'entraver la réalisation de notre mission. Si vous nous importunez de nouveau, vous sentirez, Monsieur, la brûlure de notre fouet en travers de vos pitoyables épaules.

Agréez, Monsieur, nos coléreuses salutations,
Gus Levy, Président.

OFFRES D'EMPLOI

🏥 L'hôpital Raymond Poincaré de Garches (92) recrute pour son plateau technique de Rééducation Fonctionnelle :

1 cadre de santé temps plein, CDI.

Le service dispose d'une équipe pluridisciplinaire pour 60 lits d'hospitalisation et d'HDJ en MPR avec balnéothérapie, activités sportives associées et plate-forme dotée des nouvelles technologies.

Candidature à adresser à :

Elisabeth le Bomin, CSSK

Unité Netter

HÔPITAL RAYMOND POINCARÉ

92380 GARCHES

Tél : 01 47 10 76 93

elisabeth.le-bomin@rpc-aphp.fr

🏥 Le centre de rééducation et réadaptation fonctionnelles Pasteur à Troyes (10) recrute pour l'encadrement des professionnels du plateau technique :

1 cadre de santé kinésithérapeute.

L'équipe est constituée de 22 personnes (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeurs d'activités physiques adaptées, orthophoniste, psychologue, assistante sociale, surveillant de baignade et brancardier).

Le centre, ouvert en janvier 2002, a une capacité d'accueil de 63 lits et places de rééducation polyvalente pour adultes (neurologie, traumatologie-orthopédie, lombalgies chroniques et appareillage). Un projet d'unité de rééducation cardiaque est prévu en 2008.

Le plateau technique associe modernité, fonctionnalité et équipements de haut niveau.

Convention Collective FEHAP, statut cadre, reprise de l'ancienneté, 18 jours RTT par an, aide à l'installation.

Candidature à adresser à :

Philippe Voisin, directeur

philippe.voisin@crrf-pasteur.com

Tél : 03 25 43 78 81

www.cos-crrfpasteur3.com

DUFOUR & GEDDA

DICTIONNAIRE
DE KINÉSITHÉRAPIE
ET RÉADAPTATION

MALOINE

Michel DUFOUR, Michel GEDDA
12 x 18 cm • 576 pages • janvier 2007
ISBN : 2-224-02866-0

Prix de vente TTC : 35,00 €

Le **Dictionnaire de kinésithérapie et de réadaptation** se distingue par des apports originaux :

- l'étymologie, systématiquement développée, éclaire le sens des mots et y ajoute une dimension culturelle, propre à rendre la lecture plus attrayante ;
- la traduction anglo-saxonne favorise les lectures et échanges internationaux ;
- les mots sont traités « à deux vitesses ». Les mots propres à la kinésithérapie sont mentionnés, définis, commentés et illustrés d'exemples. Ceux issus des domaines connexes fréquemment utilisés en kinésithérapie sont simplement définis ;
- une liste des abréviations professionnelles les plus communes.

→ Plus de 4 000 définitions.

→ Un système de renvois efficace et complet : à l'intérieur de chaque définition, les termes définis ailleurs dans le Dictionnaire apparaissent à la couleur.

→ LE dictionnaire de référence aujourd'hui pour la profession.

BON DE COMMANDE À RETOURNER À : Librairie Vigot-Maloine

25/27, rue de l'École-de-Médecine – 75006 Paris • Tél. : 01.43.29.54.50 – Fax : 01.46.34.05.89 – www.vigotmaloine.com

Je commande _____ ouvrage(s), *Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation*, M. DUFOUR, M. GEDDA (978-2-224-02866-0) – **35 euros***

Participation aux frais de port et d'emballage (France métropolitaine) : 5 euros pour le 1^{er} ouvrage + 1 euro par ouvrage supplémentaire

Je joins mon règlement à la commande (montant total de _____ euros) et je règle :

par chèque bancaire ou postal payable en France à l'ordre de la Librairie Vigot-Maloine ou

par carte bancaire N° : _____

Date d'expiration : _____

N° de contrôle : _____

Veuillez saisir ici les 3 derniers chiffres situés au dos de votre carte bancaire, sur la bande de signature.

NOM _____ PRÉNOM _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____ Tél. _____ Email _____

Date et signature obligatoires

0705003