

kinéscope

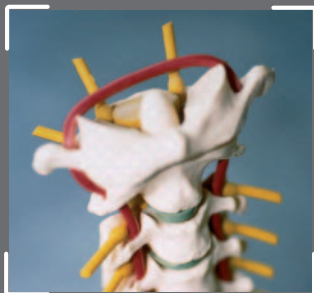
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés



Kinésithérapeute salarié

un métier en (r)évolution P06

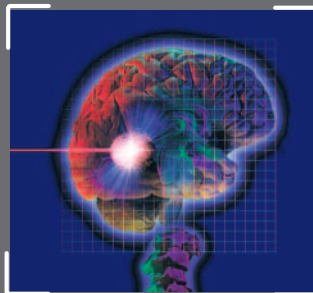
→ P05 Ergomotricité



→ P11 EPRD :
prévision d'activité



→ P13 Le cerveau, la main,
l'outil



Décembre 2006
n°02

"L'avenir
quotidien"

EDITION



Santé
synergie



R6®

POST-CHIRURGIE

- Cicatrice
- Raideur
- Œdème
- Fibrose

CANCÉROLOGIE

- Lymphœdème

CENTRE DE GRANDS BRÛLÉS

- Séquelles de brûlures

TRAITER LES TRANSFORMATIONS PATHOLOGIQUES DU TISSU CONJONCTIF

LPG, DES TECHNOLOGIES CONÇUES POUR LA RÉÉDUCATION

UNE AVANCÉE MAJEURE EN RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

HUBER®

NEUROLOGIE

- Sclérose en plaques

RHUMATOLOGIE

- Lombalgie

TRAUMATOLOGIE

- Proprioception
- Coordination



Haute technologie pour la thérapie fonctionnelle

À COMPLÉTER ET À RENVoyer À :

LPG SYSTEMS • Technoparc de la Plaine • 30, rue du Dr Abel • BP 35 • 26902 Valence • Cedex 09
Tél. : +33 (0)4 75 78 69 00 • Fax : +33 (0)4 75 42 80 85 • www.lpgsystems.com • www.cosire-lpg.com

Etablissement : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Fonction : _____
Adresse : _____
Tél. : _____ Fax : _____
Email : _____



Information : conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Seul LPG Systems est destinataire des informations. Pour l'exercer, adressez-vous à : webadmin@lpgsystems.com ou écrivez à LPG Systems - Service TI - Technoparc de la Plaine - 30, rue du Docteur Abel - 26000 VALENCE - France.

Téléscope

Kinésithérapeutes d'ici et d'ailleurs P05

Au cœur du métier

Kinésithérapeute salarié, un métier en (r)évolution P06

Kaléidoscope

JNKS 2006 / actu DHOS P10

Au cœur des organisations

L'EPRD P11

Au cœur de la recherche

Le cerveau, la main, l'outil P15

Kaléidoscope

Lexique P22



Direction de la publication
Yves Cottret

Rédacteurs en chef
Brigitte Plages, Jacques Bergeau

Comité de rédaction
Pascale Gosselin, Andrée Gibelin, Maryvonne Grunberg, Laurence Josse, Daniel Michon, Éric Roussel, Hélène Bergeau, Martine Hedreul-Vittet, Philippe Stevenin

Secrétaire de rédaction
Pascale Clément

Impression
XXXXXXXXXXXXX

Conception et réalisation
Cithéa Communication



Régie publicitaire & édition
Cithéa Communication
178, quai louis blériot
75016 Paris
Tél : 01 53 92 09 00
Fax : 01 53 92 09 02
cithéa@wanadoo.fr
RCS PARIS B 422 962 233 - APE 744 A
SARL AU CAPITAL DE 40 000 €

Crédits photographiques
Couverture : Fpfunke / page 11 : emily2K / page 12 : Peter Spiro
page 14 : Kathleen Melis / page 15 : James Steidl (Fotolia.fr)

Dépôt légal :
4ème trimestre 2006

La rédaction décline toute responsabilité pour les documents qui lui ont été remis.



kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Périscope

"C'est de ne pas sentir de quoi ils sont capables qui empêche les hommes d'agir". (Bossuet)



Changements 2007 : quelle(s) (r)évolution(s) pour le(s) Kinésithérapeute(s) salarié(s) ?

C'est inscrit : la France politique aura un nouveau locataire Elyséen, un nouveau gouvernement, une

nouvelle assemblée nationale, un nouveau ministre de la Santé...

C'est indéniable : la France hospitalière publique se réorganise avec ses pôles, sa TAA, son EPRD, sa nouvelle gouvernance...

C'est probable : la France des soins de suite et de réadaptation va devoir changer compte tenu de la démographie citoyenne...

C'est déjà à l'étude : le ministère engage une étude prospective sur 20 métiers hospitaliers sensibles... et celui de kinésithérapeute en fait partie.

C'est plus utopique : la Kinésithérapie salariée s'organise sereinement autour de son ordre professionnel, obtient la réforme de sa formation, l'élaboration d'un corpus didactique, la reconnaissance sous pré-requis des pratiques ostéopathiques, l'actualisation de son décret d'actes et d'exercice, sa participation effective au sein des commissions adhoc, met en place les démarches, méthodes et outils de l'EPP, voit les postes budgétés tous couverts, le nombre de ses cadres maintenu si ce n'est augmenté, l'offre de postes de directeurs des soins issus de la filière démultiplié...

Le CNKS a néanmoins inscrit ces chantiers en perspective * pour les dix ans à venir lors des JNKS de Besançon en octobre dernier et s'attachera à les faire progresser.

Les acteurs de la profession référente du mouvement, se doivent d'anticiper et d'accompagner ces changements : ceux liés aux politiques de santé, aux progrès technologiques, aux évolutions socio-logiques et sociétales, aux attentes consuméristes, aux principes de précaution, aux exigences de responsabilité.

C'est indéniable le secteur de la santé change ! la profession et le métier eux changeront d'autant mieux dans une vision moins cloisonnée et plus holistique de notre activité.

A la veille du "simple" changement... d'année, tous nos vœux pour vous, la profession et le métier.

* cf : cnks.org

Yves Cottret, Président du CNKS



La Clinique de Soins de Suite et Réadaptation
du Bourget - 150 lits et places - située au Bourget (93) -
recrute des Kinésithérapeutes
- Activité salariée - Convention FHP -

Immeuble neuf de 7.700 m2 avec un parti pris de
bâtiment écologique.

Vaste plateau technique avec salles de rééducation,
gymnase, bassin de balnéothérapie et service
d'ergothérapie.

Ouverture de l'établissement janvier 2007

- * 75 lits de Soins de Suite
Indifférenciés
- * 50 lits de Réadaptation
traumatologique
et orthopédique
- * 15 lits de Réadaptation
neurologique
- * 10 places de Rééducation
Fonctionnelle
en hospitalisation de jour



Candidatures à adresser
à Agnès LOIRE - DRH Dynamis
96 avenue d'Iéna - 75116 Paris



Naturellement puissant !
POTENTIALISEZ VOTRE RÉÉDUCATION !

Des produits de massage neutres Dermoneutre, Oléaneutre,
des huiles essentielles pour le massage, la balnéo, la diffusion
atmosphérique...

Des produits de **soins aux huiles essentielles** complémentaires
de votre pratique de rééducation !

Dermasport gel Cryo + Solution Cryo ont un effet antalgique,
assouplissant et anti-oedémateux sur les articulations
traumatisées (genoux, chevilles,...) après 30 min. d'application*.

*Extraits de l'étude EFFETS DE L'APPLICATION DE DERMASPORT® +
SOLUTION CRYO® EN KINESITHERAPIE (disponible sur demande)
Dr M. LE FAOU, médecin du sport, attaché à l'Hôtel-Dieu (Paris)

**POUR RECEVOIR DES ECHANTILLONS
et/ou LA VISITE DE NOTRE COMMERCIALE,**

nous vous invitons à nous envoyer la copie de ce coupon ou à
nous contacter :

EONA PHYTODERMIE - BP 18 - ZADU CHENET - 91490 MILLY LA FORET
Tél : 01 60 78 93 03 / Fax 01 64 98 46 16
email : contact@phytoderme.com • www.phytoderme.com

Mr, Mme, Mlle
Etablissement : Service :
Adresse de livraison :
Code postal : Ville
Tél Email @

Le traitement de référence face aux entorses



Elastoplaste®

**change de packaging,
changera de nom en 2009,
mais pas de qualité !**

La contention "sur-mesure"



**NOUVEAU
PACKAGING**



Notre produit conserve les caractéristiques et
les performances qui en font sa notoriété.
Le site de fabrication reste implanté en
France à Vibraye (72) où **Rigueur, Expertise
et Savoir-faire** s'associent pour continuer à
produire la bande adhésive élastique
numéro 1 du marché.

Elastoplaste® Tensoplast®

BSN medical

25, boulevard Alexandre Oyon
72058 Le Mans Cedex 2
Tél.: 02 43 83 40 40
Fax.: 02 43 83 40 41

Télescope

kinésithérapeutes d'ici et d'ailleurs

→ MC Riondy, Kinésithérapeute depuis 1977 par Laurence Josse



Kinéscope : Marie-Christine Riondy, Kinésithérapeute depuis 1977, aujourd'hui étudiante cadre, nous retrace son parcours très diversifié ...

La kinésithérapie mène à presque tout, en tout cas elle ouvre des voies insoupçonnables en début de carrière ! Après 5 ans d'activité kinésithérapique mixte, libérale et salariée à 50% en secteur hospitalier, j'ai choisi le secteur hospitalier à temps plein. Le travail en équipe et le partage d'expériences m'ont toujours motivée. Polyvalente sans retenue, j'ai pu exercer dans de nombreux secteurs de pathologies, du nouveau-né à la personne âgée. Le fait même de travailler à l'hôpital m'a offert l'opportunité de me diriger très vite vers la prévention des accidents du travail par manutention, à l'attention du personnel hospitalier. Touchée par le virus de la formation, d'abord au niveau local, puis national puis européen, j'ai régulièrement dispensé des formations en "ergomotricité". Cette approche a été d'une grande richesse tant sur le plan cognitif que sur le plan humain. Ensuite cela a été une suite logique d'événements et d'apprentissages. L'"ergomotricité" a montré la voie de l'ergonomie ; l'ergonomie dans sa dimension systémique du travail a centré mon intérêt sur la prévention des risques professionnels. La difficulté rencontrée dans ce parcours, a été liée au manque de reconnaissance statutaire en secteur hospitalier. Autant l'hôpital est porteur d'innovation et permet de développer des compétences nouvelles, autant la fonction publique hospitalière est un handicap pour reconnaître la compétence en lien à ces fonctions inexistantes dans les grilles statutaires. Ce qui explique que je suive aujourd'hui une formation de cadre de santé.

K : La pratique du métier de kinésithérapeute vous manque-t-elle ?

C.B.R : Pas vraiment, car je le reste au quotidien. Je pratique régulièrement des massages ou donne des conseils à mon entourage. Par ailleurs, il est certain qu'il existe un parallèle entre les démarches kinésithérapique et ergonomique. Les processus sont équivalents : prescription médicale/demande d'intervention, bilan du patient/phase d'observation du salarié, diagnostic kiné/diagnostic ergonomique, programme de rééducation à un rythme défini/recommandations et suivis ergonomiques selon un calendrier établi.

Sa formation initiale, sa connaissance approfondie de la mécanique humaine prédispose le masseur-kinésithérapeute à ce genre d'analyse et à cette activité.



K : Qu'est qui vous a menée à cette "activité décalée" ?

C.B.R : La curiosité d'esprit, le refus de la routine, le plaisir de rencontrer et de partager avec des personnes de domaines très différents, du sanitaire ou d'ailleurs, le désir d'élargir mon champ de compétences. Mais en fait les choses se sont succédées naturellement les unes aux autres. Je n'ai fait que saisir et rebondir sur les opportunités offertes.

K : Pensez vous que d'autres mks ou paramédicaux devraient s'intéresser à une "fonction dérivée" comme la vôtre ?

C.B.R : Le masseur kinésithérapeute est bien placé pour suivre ce type de parcours. Par contre, il n'est pas le seul à pouvoir y prétendre, car cette voie est ouverte à tout paramédical ayant les compétences adéquates, comme à des gestionnaires de risques issus ou non du privé. C'est donc aux MK de saisir cette voie, par une remise en cause permanente et une recherche constante de compétences nouvelles. La démarche LMD favorisera peut-être cela et l'accès à un meilleur statut.

RIONDY Marie-Christine

DEMK : 1977 Necker- Enfants Malades

Ergomotricienne : 1990

Diplômée d'ergonomie : 1999

**Kinésithérapeute - ergonome
au CH de Chambéry (73) depuis 2002**

Etudiante cadre de santé : 2006 - 2007

→ **Kinésithérapeute Salaré,** un métier en (r)évolution

Le contexte d'exercice des professions de santé est en profonde mutation ; ces mutations sont le fruit complexe d'évolutions sociétales, économiques, technologiques, scientifiques. Elles affectent tant les structures, les organisations, l'environnement que les pratiques professionnelles. Du même coup elles interrogent la sociologie et la démographie professionnelles, la formation initiale et continue, l'offre de soins, et donc la diversité des situations d'exercice et l'adaptabilité du métier. Kinéscope tente d'ouvrir des pistes de réflexion sur cette (r)évolution du métier de "kinésithérapeute hospitalier" au travers des sujets de la démographie, du projet de réforme de la formation, de la mutation attendue des structures de soins de suite et de réadaptation du fait du vieillissement de la population. La recherche et l'accompagnement des progrès technologiques et de la robotisation sont aussi des pistes de réflexion (cf. page 15 rubrique "Au cœur de la Recherche") Les premières phases de l'étude ministérielle "prospective" ont conduit à déterminer 20 métiers sensibles, dont celui de kinésithérapeute, qui feront l'objet de travaux approfondis courant 2007. Kinéscope vous en parle en avant-première (cf. page 10 rubrique Kaléïdoscope).



au cœur du métier

"A propos de la démographie professionnelle" par Laurence Josse, CS MK

A propos de la démographie professionnelle

Le répertoire Adeli de la DREES est actuellement la seule source démographique détaillée portant sur l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes, libéraux et salariés, exerçant en France. Il recense les personnes physiques. Nous le savons tous son exhaustivité est imparfaite (inscriptions non faite, doublons, retraités encore inscrits...). 78 % des kinésithérapeutes actuellement en exercice ont une activité libérale et 22 % ont une activité exclusivement salariée, en secteur hospitalier ou non.

Concernant les salariés, en dehors du répertoire Adeli, leur recensement reste partiel. Pour les établissements hospitaliers, la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) donne chaque année le nombre de professionnels (et non de personnes physiques) en exercice. Il est donc à noter qu'un kinésithérapeute exerçant dans plusieurs établissements sera comptabilisé à chaque fois, d'où une source d'erreur possible. Les salariés du secteur médico-social (établissements sociaux pour personnes handicapées, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont aussi partiellement recensés en raison de la multiplicité des sources d'information. Il n'existe aucune source identifiée pour les salariés des établissements de santé non hospitaliers (centre de santé, centre de soins et de prévention).

Au 1^{er} janvier 2003, dans le répertoire Adeli, 58 109 kinésithérapeutes étaient dénombrés sur la France entière, dont 45 746 libéraux et 14 360 kinésithérapeutes salariés. 9 977 (soit 69%) exerçaient en secteur hospitalier public ou privé à but non lucratif, 1 144 (soit 8%) en secteur médico-social et 3 239 (soit 23%) dans les autres secteurs. Au 10 mars 2005, (source Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES) 58 642 kinésithérapeutes dont 46 081 libéraux (37,5 % de femmes) et 12 561 salariés (65% de femmes). La profession elle-même ne dispose pas encore de données propres sur le nombre de professionnels en exercice. Le Conseil de l'Ordre va donc nous

**La féminisation
de la profession s'est
accrue depuis 1970.
Le nombre de femmes
masseurs-kinésithérapeutes
salariées est plus élevé
dans le secteur public
que dans le secteur privé
à but non lucratif.**

donner l'opportunité de connaître l'état actuel de notre démographie.

Après une baisse des quotas de formation entre 1997 (1469 étudiants) et 2000 (1314), ceux-ci ont de nouveau augmenté, en 2002 (1426) et en 2005 (1867). Cependant, les postes hospitaliers à pourvoir restent nombreux en raison notamment de la faible attractivité salariale. Les autorisations d'exercice délivrées par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du Ministère de la Santé à des professionnels diplômés dans la communauté européenne, notamment en Belgique, était de 900 en 2002 et environ 1200 en 2003 alors que pour cette même année, le quota d'entrée en institut de formation en masso-kinésithérapie en France était de 1560. Il est à noter que pour la rentrée 2006-2007, le changement de législation en Belgique ne permettra l'admission que de 30% de non résidents belges (en 2005, 78,1 % des étudiants inscrits en formation de kinésithérapeute en communauté belge francophone étaient non

résidents). Cette diminution d'accès en formation en Belgique aura donc une incidence sur le nombre de demandes d'autorisation d'exercice.

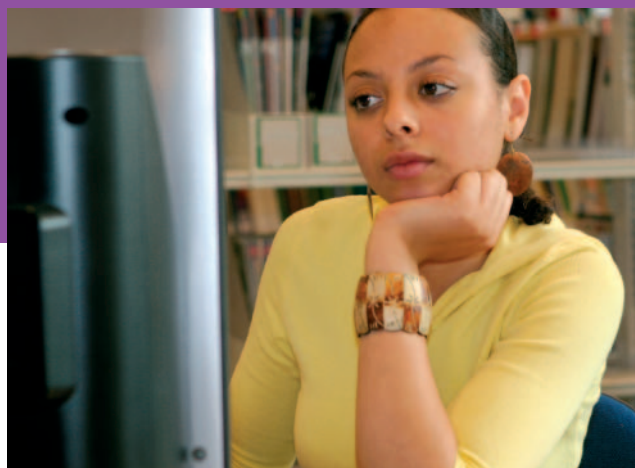
La féminisation de la profession s'est accrue depuis 1970. Les enquêtes de la DREES montrent que le nombre de femmes masseurs-kinésithérapeutes salariées est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé à but non lucratif.

Depuis juin 2003 a été créé l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (ONDPS), présidé par la Professeur Yvon Berland. Le rôle de cet observatoire est de rassembler et de diffuser les connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, leur répartition et l'évolution de leur activité.

La croissance globale des effectifs des professionnels de santé est plus ou moins marquée selon les métiers. Elle s'accompagne de fortes disparités de répartition, entre les territoires, les spécialités, et les secteurs libéral et hospitalier. Le rapport de l'Observatoire analyse que l'augmentation du nombre de professionnels constitue un levier indispensable, mais insuffisant à lui seul, pour assurer une offre de soins permettant une prise [...]

[...] en charge satisfaisante des patients et des pathologies. De façon complémentaire, les organisations sanitaires et médico-sociales doivent évoluer vers une plus grande coopération, la redéfinition des métiers et ainsi une plus grande efficacité des ressources soignantes.

Les changements socio-économiques et techniques influencent les modalités d'exercice des professions de santé. Concernant l'exercice salarié de la profession il y a peu d'études disponibles. Cet exercice subit aussi de nombreux changements depuis ces 20 dernières années en lien avec le vieillissement de la population mais aussi avec les progrès technologiques. Il est constaté notamment une augmentation des demandes de la masso-kinésithérapie à l'hôpital, la parution de textes concernant les soins intensifs de cardiologie et la réanimation nécessitant bien souvent un ajustement de l'existant, le développement des gardes et des astreintes. Parallèlement la montée en force du droit des usagers, la traçabilité des actes, la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles mobilisent des professionnels de moins



en moins nombreux parfois. Les postes de kinésithérapeutes salariés non pourvus sont en plus grand nombre dans les établissements publics que dans les établissements privés. Les centres de rééducation semblent moins touchés que les hôpitaux.

Dans tous les cas le métier de kinésithérapeute salarié, hospitalier, est à la veille de profondes mutations et diversifications : exerce-t-il la même fonction, a-t-il le même rôle auprès de patients dans un service de pointe d'un chu où la DMS est de 4, 6 jours par exemple, dans un centre hospitalier général ou encore auprès de patients inscrits pour plusieurs semaines dans un CRRF. Premiers levers, trottoinothérapie, VNI et autres pratiques seront désormais passées au crible et il nous faut accompagner le mouvement pour ne pas le subir.

A propos de la réforme (attendue) de la formation

Le livre Blanc ⁽¹⁾ de la formation en masso-kinésithérapie

Il est le résultat d'un questionnaire collectif ⁽²⁾ sur la formation des futurs professionnels. Quels professionnels voulons-nous former ? Pour quelle kinésithérapie ? C'est une proposition, les bases d'une construction curriculaire de la formation inscrite dans le processus LMD. L'ambition d'une telle construction, organisée en semestres et en niveaux de connaissance et de validation est de garantir l'apprentissage des compétences "au cœur du métier" nécessaires à l'exercice, tout en inscrivant le futur professionnel dans un processus continu de formation, en proposant les moyens méthodologiques, et les passerelles universitaires.

C'est également le résultat d'un sentiment d'urgence : repenser la formation initiale en masso-kinésithérapie au regard des évolutions scientifiques et réglementaires du monde de la santé. L'article 4 et l'annexe qui s'y rapporte, du décret du 29 mars 1963 modifié fixe toujours à ce jour le programme horaire, le programme des enseignements et les stages cliniques des études préparant aux épreuves

du diplôme d'état de masso-kinésithérapie. L'arrêté du 5 septembre 1989 spécifie les modalités relatives à la scolarité et aux épreuves du diplôme d'état.

C'est aussi le souhait de prendre en compte plusieurs niveaux actuels d'exigence, sources de tension mais surtout de réflexion : les différents niveaux d'organisation de l'offre de formation : local, régional, national et européen, l'évolution des pratiques professionnelles, et le développement de la recherche nécessaire à leur évaluation

Le livre blanc pose ainsi le principe d'une double habilitation de la formation par le ministère de la santé et le ministère de l'éducation et de la recherche. C'est respecter l'exigence liée à l'exercice réglementé, tout en permettant l'ouverture au monde universitaire et en particulier à sa dynamique de recherche et ses possibilités d'évolution au sein de son corps professoral. Certaines expérimentations en matière d'admission et d'enseignement ont permis de penser qu'il était possible, tout en restant dans le cadre réglementé de la santé, de venir s'enrichir au contact des mondes universitaires. La construction curriculaire en 6 semestres à partir d'une première année de licence L1 validée permettant l'accès par classement à la formation, est construite sur le

au cœur du métier

"A propos de la réforme de la formation" par Hélène Bergeau / Directrice d'IFMK

modèle européen Licence, Master, Doctorat. Chaque année donne droit à 60 crédits ECTS (European Credit Transfert System). Ces crédits permettent de formaliser temps de travail personnel et temps de face à face pédagogique. Ils permettent également d'établir des comparaisons, des correspondances, des équivalences et des passerelles intra et interprofessionnelles, à l'échelon national et européen. Ils représentent le passeport pour favoriser la mobilité et les échanges entre individus mais également entre institutions.

Une première année professionnelle, licence 2 et une deuxième année professionnelle licence 3 permettent d'accéder au grade de licence. La dernière année, année de délivrance du diplôme d'exercice crédite les 60 ECTS du Master 1, ouvrant la voie au master 2 recherche ou professionnel.

Une ligne forte dans la construction de ce curriculum : un enseignement continu et progressif sur les trois années de formation porte sur les sciences propres préparant à l'exercice, sciences et techniques de masso-kinésithérapie, sciences cliniques de masso-kinésithérapie ainsi que sur la méthodologie de recherche et d'évaluation. L'accent est également mis sur développement personnel et professionnel de l'étudiant tout au long de sa formation.

Une deuxième ligne forte est l'alternance affirmée et organisée entre formation clinique et formation théorique et pratique : au total sur les trois années, 36 semaines de stages réparties entre établissements sanitaires, médico-sociaux et cabinets d'exercice libéral. La formation proposée doit ainsi permettre d'appréhender les différentes modalités de l'exercice professionnel.

Dernière minute

au bout de 8 mois d'un silence assourdissant les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur pour l'application du LMD dévoilent leurs intentions.

Les ministres de la Santé et des Solidarités, et délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche, ont fait connaître, vendredi 1^{er} décembre 2006, une feuille de route pour le passage de ces formations au LMD.

Trois principes guident la démarche :

"les formations dispensées doivent continuer à avoir une finalité professionnelle, les diplômes d'État et les certificats dispensés au cours de ces formations [...] attestant des compétences requises pour exercer un métier de la santé".

"l'exercice d'une profession demeurera soumis, comme aujourd'hui, à l'obtention du seul diplôme d'État".

le diplôme sera organisé "autour des activités et des compétences du métier".

Au travers d'une "concertation large" les ministres demandent "l'élaboration par des groupes de travail comportant des professionnels du métier, des représentants des organisations syndicales, des cadres, des employeurs, des représentants des instituts de formation et des OPCA ainsi que des personnes expertes, d'un référentiel de compétences exigées par le diplôme et enfin du référentiel de formation, structuré en modules".

Pour les ministres :

→ "le programme de formation professionnelle doit s'organiser en autant de modules que de compétences requises pour exercer le métier"

→ "la durée des études conduisant au diplôme d'État devra correspondre au temps nécessaire d'acquisition des savoirs théoriques, procéduraux et pratiques pour exercer les compétences des différents métiers".

"Les conditions d'accès et les prérequis, la durée de la formation théorique, pratique et clinique, les objectifs et le contenu des connaissances que doivent avoir acquis les professionnels (...), les caractéristiques des stages cliniques et les modalités d'évaluation" constitueront le référentiel de formation "formalisé par arrêté" et "opposable aux opérateurs, écoles, instituts ou universités mettant en œuvre la formation". Enfin sur l'universitarisation des cursus les ministres précisent que "l'adéquation des propositions de cursus universitaires à ce référentiel sera garantie par l'habilitation par l'État des parcours de formation LMD, dans un cadre actuellement quadriennal."

Après les sage femmes en décembre 2006 et les infirmiers au premier trimestre le calendrier des ministres prévoit qu'en mars 2007 s'ouvrent les travaux du "référentiel des activités, des compétences et de formation" des masseurs-kinésithérapeutes

(1) cf. site du cnks : www.cnks.org

(2) Groupe Convergence : signataires CNKS, OK, SNIFMK, SNMKR

JNKS BESANCON 2006

sous le signe du 60^{ème} anniversaire de la profession

Ces journées avaient pour thème "valeurs du temps ; Evolution, Evaluation et Perspective de la kinésithérapie". Un fil conducteur parfaitement alterné au fil d'interventions de haute qualité qui ont bien montré tant l'évolution professionnelle que les voies de l'évolution attendue. Conçues en "aller retour entre le passé, le présent et le futur" ces interventions * ont permis de faire le bilan de l'évolution, des actions et des projets à venir... En cadeau d'anniversaire : la nouvelle publication Kinéscope - par et pour les MK salariés - et le projet de site web ; rendez vous pour les XI^{èmes} JNKS Marseille 2007 du 30 mai au 2 juin !

* cf pdf téléchargeables sur www.cnks.org



ETUDE PROSPECTIVE "METIERS SENSIBLES" A LA DHOS

une délégation du CNKS a rencontré Richard Barthès, Cécile Lombard (DHOS) et Huges Jurihic, (Polen Conseil)

Dans le cadre de l'observatoire des métiers de la FPH il a été lancé une étude prospective centrée sur les 20 métiers jugés les plus sensibles dans les 5 à 10 ans. Une démarche séquentielle en 4 phases :

- > grandes tendances d'évolution à partir d'une étude documentaire et d'une exploitation des travaux de 8 groupes focus de professionnels référents ;
- > étude des impacts sur les métiers et sélection de 20 métiers impactés ;
- > étude (par visites d'établissements et consultations de professionnels) sur 10 premiers métiers (novembre 2006 à Mars 2007) puis sur les 10 autres (à partir de juin 2007) avec rédaction de monographie ;
- > production de documents opérationnels, prédictifs d'évolution des formations, des statuts et des contenus des métiers.

La phase 1 note l'importance des facteurs exogènes : les démographiques professionnelles et citoyennes, les

facteurs sociétaux comme l'évolution du rapport au travail... Dans une perspective de mobilité professionnelle accrue et de pénurie dans certaines professions, les facteurs d'attractivité des métiers de la fonction publique hospitalière deviennent des éléments stratégiques. Il est recommandé de favoriser les parcours professionnels, pour dépasser la contraction apparente entre recherche de polyvalence et besoins d'expertises.

Les freins principaux d'adaptation des métiers sont le cadre statutaire de la fonction publique et les décrets d'actes des professions réglementaires. Pour la rééducation, il semblerait opportun de regrouper les réflexions sur les métiers de kinésithérapeutes et ergothérapeutes dans la même démarche. Ces métiers sont appelés à développer des adaptations considérables et dans la complémentarité pour satisfaire les nouveaux besoins en santé de la population. Un travail très important est à réaliser au niveau de l'encadrement.

Phase 2 : liste des 20 métiers et groupes métiers retenus pour l'étude prospective (phase 3 et phase 4)

N° Métiers ou groupes métiers

1	IDE en soins généraux et spécialités
2	Aide Soignant / Aide Médico Psychologique
3	Manipulateur d'électro radiologie
4	Cadres d'unité et de secteur de santé (de pôle)
5	Secrétaire médicale
6	Technicien d'Information Médicale
7	Contrôleur de gestion
8	Acheteur / responsable approvisionnement
9	Cadre administratif de pôle (assistant de gestion de pôle)
10	Directeur des systèmes d'information, responsable informatique
11	Gestionnaire de risques
12	ARC / TEC
13	Conseiller Hôtelier, responsable hôtellerie
14	Gestionnaire de flux, logisticien
15	Responsable d'unité, responsable de service socio éducatif
16	Responsable de formation, conseiller en orientation et en formation
17	Masseur kinésithérapeute / Ergothérapeute
18	Responsable des services biomédicaux
19	Responsable et technicien de maintenance bio médicale, électrique, thermique, frigorifique
20	Assistant social

Les 10 métiers ou groupes métiers en gras seront étudiés dans un premier temps et les dix autres dans un deuxième temps.

→ L'EPRD : une incitation à prévoir les activités de soins

La tarification à l'activité (TAA) conduit à un bouleversement aussi radical des modalités de financement de l'hôpital public que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) transforme les approches en matière d'évaluation des soins dispensés.

Notions conceptuelles

L'"EPRD", l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses, applicable depuis janvier 2006, concrétise une nouvelle philosophie de management des établissements publics de santé, avec mise en place de nouvelles réglementations et un dispositif de formation des directions.

L'objet de notre propos n'est pas de présenter techniquement l'outil et le dispositif mais de repérer et de commenter les nouvelles logiques sur lesquelles ils se fondent :

les activités des établissements, définies qualitativement et quantitativement, conditionnent de plus en plus le niveau des moyens qui leur sont alloués.

les ressources ne sont pas calculées en fonction de l'activité réalisée, mais sont, dans le cadre d'un budget prévisionnel, fondées sur une prévision d'activité.

Au-delà des impacts administratifs de cette réforme (nouvelles procédures d'élaboration du budget, nouvelles règles de gestion, nouveaux outils de pilotage...), l'EPRD imprime dans tous les domaines de l'établissement une dynamique de prévision qui

impose à chaque responsable de mieux connaître les déterminants des activités dans son secteur.

Dans les années 2000, les kinésithérapeutes se sont initiés à la formalisation et à la mise en place de démarches diagnostiques pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes soignées. Cette volonté de développer le professionnalisme pour chaque intervention auprès des patients doit être poursuivie avec détermination. On doit l'enrichir aujourd'hui d'une dimension collective et institutionnelle nouvelle, en rapport avec la notion d'activité.

Avec la mise en place d'une nouvelle gouvernance, l'évolution des relations avec les usagers, les impacts de la TAA et de l'EPP, les cadres de santé sont appelés à participer à la réflexion avec les directions, avec les soignants et avec les médecins sur le développement des activités réalisées. Avec la contractualisation interne et la mise en place des pôles, ils seront associés à la construction des tableaux de bord et des indicateurs utiles pour réfléchir, en termes prévisionnels, les services apportés. Dans tous les secteurs, les kinésithérapeutes, par leur expertise clinique et par leurs réflexions sur les besoins des patients en matière de rééducation et de réadaptation, sont en mesure de contribuer à la bonne adaptation du système d'information sur les activités (dossier du patient, rapport d'activité, veille technologique et prospective...). Il leur appartient de se déterminer et de repérer les opportunités en fonction de leurs compétences et de leurs contextes, afin de mettre à disposition leurs capacités et de participer au développement d'un service de qualité.





→ L'EPRD : en pratique : histoire possiblement vécue

Monsieur A. B... (Directeur de l'hôpital de Saint M...)

"Bonjour Madame, bonjour Monsieur, nous sommes aujourd'hui réunis en présence du directeur des finances, de la directrice des ressources humaines et du directeur des soins pour la conférence budgétaire 2007. Comme vous le savez cette année est une année de transition avec mise en œuvre de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses-ndlr-) sur la base d'un financement dans lequel la T2A (tarification à l'activité-ndlr-) est valorisée à 50%.

Pour cet exercice je vous propose que nous travaillions en trois temps. Un premier où nous ferons une photo de l'année 2006 en commençant par votre activité, un deuxième où nous évoquerons vos prévisions d'activité puis de dépenses pour l'année 2007 et enfin un troisième dans lequel vous nous préciserez les mesures nouvelles auxquelles vous souhaitez élargir. Cela vous convient-il ?"

Madame C.D... (Chef du service de rééducation)

"Oui, Très bien. Juste une question Monsieur le directeur, avez-vous reçu notre rapport d'activité ?"

Monsieur A. B...

"Oui, merci. Monsieur E.F... le cadre de votre service me l'a transmis la semaine dernière et je propose que nous nous appuyions sur ce document pour débiter cette conférence budgétaire. Alors Madame C.D... en 2006 vous nous annoncez une baisse d'activité de kinésithérapie et une augmentation d'activité d'ergothérapie, pouvez vous me dire qu'elles en sont les raisons sachant que par ailleurs l'activité du service d'orthopédie a progressé de 5% ?"

Madame C.D...

"Concernant la baisse d'activité la cause est probablement due aux autres services. Vous savez en effet qu'en 2006 le service de pédiatrie a reçu beaucoup moins de bronchiolites et que par ailleurs le service de réanimation a été fermé 2 mois cet été pour travaux. Nous pensons que ce sont les raisons de notre baisse d'activité de kinésithérapie. Cependant l'activité en orthopédie et en neurologie a progressé ce qui explique, grâce à la neurologie, l'augmentation d'activité de l'ergothérapie."

au cœur des organisations

Décembre 2006

Eric Roussel, Directeur des soins,
Daniel Michon, Directeur d'IFCS

Monsieur A. B...

"Vous pensez que ce sont les raisons de cette baisse, ou vous en êtes sûr ? Sur le rapport d'activité que vous nous avez transmis je ne vois pas l'activité produite pour chaque service client de la rééducation..."

Monsieur E.F... (cadre du service de rééducation)

"C'est exact pour l'instant nous n'évaluons pas l'activité par service mais de manière globale. C'est insuffisant d'autant que pour plusieurs secteurs elle est saisonnalisée, par exemple la pédiatrie ou la pneumologie, et nous adaptons la présence des rééducateurs un peu à l'aveugle. J'ai récemment rencontré le directeur des finances et nous avons décidé de produire dès janvier 2007 des tableaux de bord mensuels pour suivre l'activité de rééducation par pôle. Cela nous aidera

d'une part à affecter les professionnels en fonction d'une activité réelle, d'autre part à contractualiser la prestation de rééducation avec les différents responsables des pôles."

Monsieur A. B...

"D'accord nous retenons cette proposition qui sera notée au relevé de décisions. Nous allons maintenant parler du personnel, mais avant je souhaite aborder la question des consultations médicales. Pouvez vous me dire Madame C.D... combien de vacations de consultations sont effectuées par semaine en rééducation ?"

Madame C.D...

"J'ai personnellement 5 vacations de consultation, un attaché neurologue et spécialiste de l'appareillage vient dans le service 2 demi-journées par semaine et Monsieur Y.J... médecin du centre de rééducation vers lequel nous adressons nos patients consulte 1 fois tous les 15 jours."

Monsieur A. B...

"D'accord, je me pose donc la question de la fiabilité de la saisie de votre activité car vous nous annoncez 1570 consultations en 2006 ce qui fait un peu moins de 5 consultations par vacation en moyenne, cela me paraît peu ! Vous pourriez voir ce qui se passe."

Madame C.D...

"En effet cela semble peu et il faut que l'on vérifie, je souhaite seulement dire que les consultations d'appareillage sont longues presque 3/4 d'heure et qu'il est difficile d'en programmer plus de 4 à 5 par vacation."

Monsieur A. B...

"Bien je vous demande de vérifier cela car je vous rappelle que dorénavant c'est votre activité qui permettra de vous affecter des moyens et particulièrement les vacations médicales de consultation, activité pour laquelle vous n'êtes pas tributaire de celle des services cliniques de l'hôpital. Madame la directrice des ressources humaines c'est à vous..."

Madame G.H... (directrice des ressources humaines)

"Nous pouvons noter que le service est au plein emploi, ce qui est remarquable étant donné les difficultés de recrutement des masseurs kinésithérapeutes. Par contre l'absentéisme, égal à 5,4% du temps travaillé, est légèrement supérieur à la moyenne de l'établissement, qu'elle est votre explication monsieur E.F..."

Monsieur E.F...

"Je souhaite d'abord dire que l'efficacité de notre recrutement est due à l'effort important que nous faisons pour accueillir des stagiaires et pour participer à l'enseignement en institut. Pour l'absentéisme il faut remarquer qu'il est concentré sur 2 personnes. L'aide soignant qui a été opéré et pour lequel la convalescence a été de 4 mois et un masseur-kinésithérapeute qui pose de fréquents arrêts maladie de courte durée. Ses absences répétées nous posent problème mais je ne sais pas bien quoi faire."

Monsieur K.L... (directeur des soins)

"Je propose que nous le rencontrions afin d'une part de demander des explications, d'autre part d'évoquer son projet professionnel qui n'est peut être plus en adéquation avec le projet de soin de l'hôpital..."

Monsieur A. B... (Directeur de l'hôpital de Saint M...)

"Bien ce bilan de l'année 2006 étant fait je souhaite que nous évoquions l'année à venir et particulièrement vos prévisions d'activité, vos prévisions de dépenses et enfin les activités nouvelles que vous souhaitez développer."

Madame C.D...

"Pour 2007 l'activité de consultations est susceptible d'augmenter de 3 à 5% et plus si nous pouvons mettre en place le protocole de toxine botulique. Pour cela j'ai besoin d'une vacation médicale hebdomadaire en plus. Concernant l'activité paramédicale elle sera dépendante de celle des services cliniques."

Monsieur A. B...

“Bien, nous prenons note de cette prévision d’augmentation d’activité en consultation. Cependant étant donné le nombre de consultations réalisées en 2006 sur 7,5 vacations vous développerez le nouveau protocole à moyen constant. Si dans 6 mois le constat est fait d’une très forte augmentation non réalisable avec les moyens dont vous disposez, nous verrons quelle dotation supplémentaire pourra être proposée. Sachez cependant que 8 consultations par vacation semble être un objectif raisonnable.

Concernant l’activité paramédicale elle doit à la fois suivre l’objectif de + 3% fixé à l’hôpital et permettre aux services cliniques d’être plus performants et en particulier de diminuer la DMS (durée moyenne de séjour-ndlr-). Reste à déterminer votre enveloppe financière, que proposez vous Monsieur le directeur des finances ?”

Monsieur Y.J... (Directeur des finances)

“Je propose de reconduire le budget d’exploitation de l’année 2006. Les moyens nécessaires pour augmenter l’activité particulièrement d’appareillage devront être obtenus en diminuant les dépenses de fournitures de bureau, de téléphone et d’affranchissement. Ces 2 derniers postes de dépense sont considérés comme très excessifs. L’ensemble de l’hôpital doit faire un effort, vous également”.

Monsieur A. B... (Directeur de l’hôpital de Saint Morin)

“Bien Mesdames, Messieurs je vous remercie pour le travail effectué. Un compte rendu de cette conférence budgétaire avec relevé de décisions vous sera adressé et nous nous reverrons dans 6 mois environ pour voir si l’atteinte des objectifs est en bonne voie. D’ici là je vous engage à formaliser les indicateurs permettant d’affiner votre suivi d’activité et produire des prévisions les plus fiables possible”



Décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l’état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé

Circulaire DHOS/F4 n°2005-245 du 26 mai 2005 relatif au dispositif de formation au nouveau régime budgétaire et comptable applicable aux établissements de santé

L’activité, une notion clé pour les approches compétences – Actas des IXèmes JNKS - RENNES en 2005

au cœur de la recherche

"Le cerveau, la main, l'outil" par Marc Massiot, CDS MK

→ Entre Intelligence et compétence, la recherche technologique vecteur d'évolution de la kinésithérapie

Le cerveau, la main, l'outil : aucun de ces trois éléments n'a de sens pour participer au développement de l'humain en restant isolé des autres.

Le cerveau seul, assemblage de neurones tournant de façon isolée, ne se développe pas au-delà de sa base génétique. C'est son interaction avec le monde extérieur qui fera émerger une organisation de circuits neuronaux orientés vers une fonction.

Dans la kinésithérapie, la main constitue une place majeure dans l'interaction avec le monde extérieur et même avec le monde intérieur du patient, le plus souvent inaccessible autrement.

Se développe alors une intelligence du métier à même de proposer des solutions adaptées au patient pour lui permettre de répondre aux situations rencontrées et développer son autonomie et qu'on pourrait appeler "Intelligence kinésithérapique". La mise en œuvre de cette intelligence participe au développement du professionnalisme.

Le cerveau et la main

Le cerveau générateur de la motivation première, à l'origine de l'envie d'agir, de mettre en mouvement, cherche les interactions avec le monde. Et la main, lien concret, matériel avec l'environnement donne forme à l'idée par une activité, une opération. Ainsi la main est l'outil du cerveau, effecteur d'une volonté. Le cerveau commande à la main dans un sens hiérarchique.

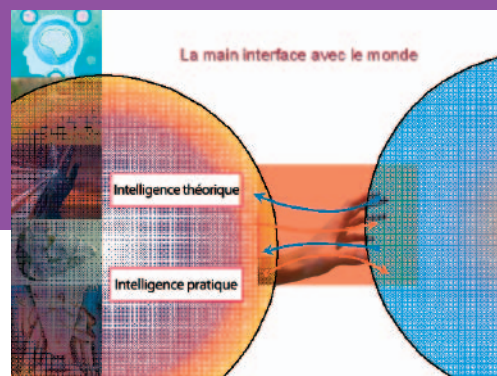
Dans le même temps, la main est aussi un récepteur d'information, un outil d'évaluation qui informe le



cerveau du niveau de réalisation de l'idée première, inversant le sens de la relation. Apparaît alors un décalage entre l'idée et sa réalisation matérielle sollicitant l'intelligence dans une recherche de solution plus adaptée. La main devient un outil de construction de connaissances (figure 1).

Les deux démarches, en va-et-vient, ne peuvent être dissociées pour produire une action. L'homme des cavernes a développé des habiletés pour boire, manger, exprimer ses émotions, ses sentiments, se reproduire et vivre.

Le kinésithérapeute a utilisé son outil majeur, la main, et fait preuve d'imagination dans les manières de l'utiliser. Ainsi sont apparues les différentes méthodes de traitement, du massage à la gymnastique analytique en passant par les mobilisations, l'ostéopathie et les approches en chaînes musculaires initiées par Mézières.



Mais, au bout de quelques centaines de milliers d'années, l'homo erectus (et ses descendants), constatant trop de distance entre ses réalisations et ses idées a cherché d'autres solutions pour prolonger sa main. Il a inventé l'outil.

L'outil

Un bâton pour attraper, un silex pour tailler et faire le feu, une flèche pour agir à distance, les activités de l'homme se sont considérablement élargies. Le recours à l'outil a permis de nouvelles activités, lui a donné une nouvelle puissance, de nouveaux pouvoirs dans un environnement sans cesse en évolution.

Le kinésithérapeute lui aussi a développé ses propres outils pour répondre aux besoins des patients en fonction des pathologies rencontrées. Une table, une cage à poulie, un plateau de Freeman, un ballon de Klein... des appareils de physiothérapie et des outils plus sophistiqués lui permettant d'améliorer la qualité des soins et d'intervenir dans des champs plus larges.

Pour ce qui concerne la démarche d'évaluation, là aussi, des outils se sont développés comme le mètre ruban, le fil à plomb, le goniomètre et maintenant des outils d'évaluation de l'équilibre et de la coordination motrice.

Il y a donc deux grands axes de développement d'outils participant au développement de la kinésithérapie : les outils de réalisation et les outils d'évaluation.

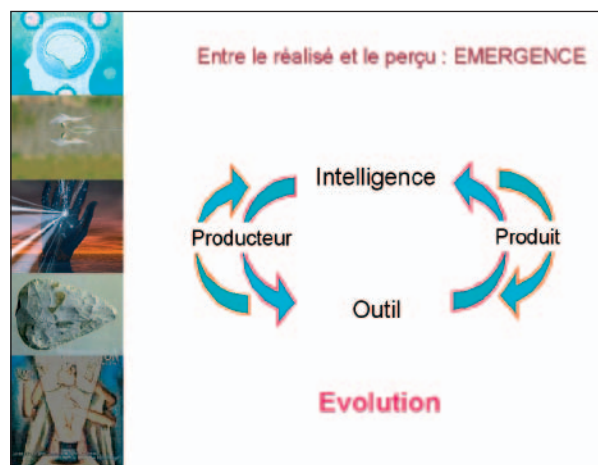


Figure 2

L'outil et l'intelligence

La puissance apportée par l'outil, les nouvelles réalisations qui sont rendues possibles, questionnent le cerveau. De nouvelles connaissances, de concepts sont alors nécessaires pour comprendre les situations observées. Ainsi les outils, dans les nouvelles interactions qu'ils génèrent avec le monde provoquent l'émergence de nouveaux concepts et alimentent la réflexion.

Le plateau de Freeman par exemple est non seulement un outil matériel mais l'expression d'un outil conceptuel, la proprioception. Une chaise à quadriceps s'inscrit dans un concept analytique... La technique Mézières dans un concept holistique.

L'observation du monde professionnel dans le domaine de la santé nous donne d'ailleurs quelques exemples de l'importance du développement des outils dans la qualité des soins et la progression d'une profession. Les dentistes par exemple, en se dotant de fraises pour travailler les dents, sans rien perdre de leur habileté manuelle, peuvent proposer des soins beaucoup plus performants et efficaces. De nouveaux champs de connaissances se sont avérés nécessaires pour réaliser les soins, les études s'en sont trouvées allongées, plus performantes et plus reconnues.

Dans le même temps on les a vu s'équiper en appareils de radiologie et d'échographie leur permettant d'évaluer plus précisément les travaux à réaliser et de vérifier leur qualité en fin de traitement. Il en est de même pour les orthèses et prothèses qu'ils utilisent. Le domaine de compétences des dentistes s'en est trouvé considérablement élargi ainsi que leur expertise.

Ainsi, de l'intelligence naît l'outil, par l'intermédiaire de la main et dans le même temps, de l'outil et de la main émerge l'intelligence dans un échange incessant entre l'action et l'idée (Figure 2).

au cœur de la recherche

"Le cerveau, la main, l'outil" par Marc Massiot, CDS MK



Figure 3

Intelligence et compétence : évolution de la kinésithérapie

Pour exercer son métier, le kinésithérapeute met en jeu une intelligence qui consiste dans la combinatoire des éléments qui le constitue et qui ne se résume pas au cerveau. Elle intègre en un tout indissociable les concepts, pour son activité cognitive, mais aussi sa main et les outils qu'il va falloir mettre jeu pour réaliser une action adaptée à la situation. La concrétisation de cette élaboration se traduit dans la mise en œuvre d'un traitement avec le patient en prenant en compte son environnement. Cette compétence est la traduction dans l'action de l'intelligence professionnelle (Figure 3).

Ainsi l'évolution de la kinésithérapie s'envisage dans deux directions majeures :

Evolution conceptuelle : le développement de nouveaux concepts par la recherche sur le mouvement au sens physique (sciences du mouvement) et au sens psychologique et social (sciences humaines),

Evolution technologique : le développement des outils du mouvement qui prend forme au sein d'une véritable ingénierie du mouvement et de la recherche qui s'y rattache.

Emergence de nouvelles compétences, émergence de nouveaux métiers :

Les évolutions envisagées feront émerger de nouveaux métiers.

La recherche sur le mouvement nécessitera le développement de compétences de chercheur pour les kinésithérapeutes qui veulent approfondir dans cette voie (des chercheurs en kinésithérapie exercent déjà en France mais surtout dans d'autres pays du monde).

Les nouvelles connaissances mises à jour et l'invention de nouveaux outils d'évaluation et d'outils de traitement permettront au kinésithérapeute d'élargir ses champs d'actions et d'améliorer le service rendu à la population. Dans le même temps, la formation se dotera nécessairement d'un versant conceptuel enrichi et d'un abord approfondi des outils et de leur mise en œuvre.

Au-delà même de ces évolutions, le développement de l'ingénierie du mouvement deviendra un champ d'activité à part entière qu'on pourrait qualifier de "biocinétique" (ingénierie du mouvement vivant). Par une tout autre voie, la robotique et de l'intelligence artificielle trouveront dans ce champ un intérêt majeur.

Conjointement, et au fur et à mesure du développement de nouveaux outils d'évaluation, ces derniers demanderont de nouvelles compétences pour leur mises en œuvre et pour le traitement des données d'évaluation. Le kinésithérapeute praticien ne pourra plus être l'homme à tout faire. Au même titre que se sont développés les laboratoires d'analyse biologiques, des laboratoires permettront l'analyse du mouvement. Ils nécessiteront eux aussi des professionnels aux compétences spécifiques...

Ainsi, dans un échange incessant entre intelligence et compétence mise en œuvre avec le patient, les avancées de la recherche dans ses dimensions conceptuelles et technologiques imprègnent l'activité professionnelle et la remanie. De la même manière la pratique clinique interroge les concepts et fait émerger de nouvelles pistes de recherche, de nouveaux outils pour mieux rééduquer les patients.

Naturellement puissant !

POTENTIALISEZ VOTRE RÉÉDUCATION !

Des produits de massage neutres Dermoneutre, Oléaneutre, des huiles essentielles pour le massage, la balnéo, la diffusion atmosphérique...

Des produits de soins aux huiles essentielles complémentaires de votre pratique de rééducation !

Dermasport gel Cryo + Solution Cryo ont un effet antalgique, assouplissant et anti-oedémateux sur les articulations traumatisées (genoux, chevilles,...) après 30 min. d'application*.

*Extraits de l'étude EFFETS DE L'APPLICATION DE DERMASPORT® + SOLUTION CRYO® EN KINESITHERAPIE (disponible sur demande)
Dr M. LE FAOU, médecin du sport, attaché à l'Hôtel-Dieu (Paris)

POUR RECEVOIR DES ECHANTILLONS et/ou LA VISITE DE NOTRE COMMERCIALE,

nous vous invitons à nous envoyer la copie de ce coupon ou à nous contacter :

EONA PHYTODERMIE - BP 18 - ZA DU CHENET - 91490 MILLY LA FORET
Tél : 01 60 78 93 03 / Fax 01 64 98 46 16
email : contact@phytodermie.com • www.phytodermie.com

Mr, Mme, Mlle
Etablissement : Service :
Adresse de livraison :
Code postal : Ville :
Tél Email @.....

La Clinique de Soins de Suite et Réadaptation
du Bourget - 150 lits et places - située au Bourget (93) -
recrute des Kinésithérapeutes
- Activité salariée - Convention FHP -

Immeuble neuf de 7.700 m2 avec un parti pris de
bâtiment écologique.

Vaste plateau technique avec salles de rééducation,
gymnase, bassin de balnéothérapie et service
d'ergothérapie.

Ouverture de l'établissement janvier 2007

* 75 lits de Soins de Suite
Indifférenciés

* 50 lits de Réadaptation
traumatologique
et orthopédique

* 15 lits de Réadaptation
neurologique

* 10 places de Rééducation
Fonctionnelle
en hospitalisation de jour



Candidatures à adresser

à Agnès LOIRE - DRH Dynamis
96 avenue d'Éna - 75116 Paris



30 MODELES

FRANCO
&
FILS

Z.I. - RN7

58320 POUQUES LES EAUX

Tél: 03-86-68-83-22

Fax: 03-86-68-55-95

www.francofils.com

info@francofils.com



CATALOGUE
SUR DEMANDE



CONCEPTEUR



FABRICATION

D' APPAREILS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX



A propos des structures de Soins de Suite ou de Réadaptation ?

Dispositif réglementaire en cours

Selon l'article L6111-2 du code de santé publique (CSP nouvelle partie législative) les soins de suite ou de réadaptation (SSR) s'inscrivent dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale de malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion.

Les services de soins de suite ou de réadaptation ont pour vocation d'assurer cinq fonctions (circulaire DH/EO4 n° 841 du 31 décembre 1997) :

→ la limitation des incapacités et des handicaps dans le cadre de sa mission de réadaptation.

→ la restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement, psychologique et la restauration des rythmes.

→ l'éducation du patient et éventuellement de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention.

→ la poursuite et le suivi des soins et du traitement à travers son adaptation, son équilibration, la vérification de l'observance par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels. Une attention particulière sera portée au traitement de la douleur. la préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aide à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération SSR et le régime des autorisations

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 renforce la place du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) dans la planification. Elle prévoit en effet que le SROS III comportera une annexe précisant les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé et par activité de soins. Cette annexe précisera également les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements.

Le décret 2005-76 du 31 Janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et le décret du 6 mai 2005 déclinent, parmi les structures de soins soumises à autorisation, des structures SSR de "Soins de Suite" d'une part et de "Rééducation et Réadaptation fonctionnelles" (RRF) d'autre part.

Parmi les structures de soins de suite, sont classés actuellement les soins de suite polyvalents, les soins de suite gériatriques et diverses structures de soins de suite à orientation spécifique.

Les structures de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et de réadaptation cardiaque font partie du volet RRF. Celles-ci, hors réadaptation cardiaque, se caractérisent par :

→ la multidisciplinarité indispensable à une prise en charge globale coordonnée par un médecin de MPR et comprenant au moins kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, assistantes sociales, infirmières...

→ la durée du temps de rééducation individuelle et collective,

la nature et la variété des équipements de rééducation (technicité),

→ le niveau d'intervention dans le milieu extérieur (interventions sur le milieu professionnel par exemple). Comment aboutir à une typologie fonctionnelle des SSR ?

Une typologie fonctionnelle doit permettre une lisibilité accrue de l'offre de soins au regard :

→ de la précocité et de la proximité des interactions entre SSR et structures de soins de courte durée,

→ de la fluidité en aval des soins de courte durée,

→ de la pertinence des orientations (le bon patient dans la bonne structure), en tenant compte des soins requis en terme de soins médicaux, techniques infirmiers, nursing, rééducation et réadaptation,

→ de la continuité et des besoins de suivi au long cours permettant des admissions directes en SSR pour bilans.

Il est difficile d'aboutir à une bonne lisibilité des structures de SSR, souvent considérées dans une relation de vassalité par les structures de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et dans une problématique de dégagement. Cette grande hétérogénéité des services portant la même enseigne juridique de SSR nuit à une bonne connaissance des services rendus par les structures de MPR notamment par la prolifération de filières ne relevant pas toujours de structures de cette spécialité et ne disposant pas des équipes médicales et paramédicales nécessaires aux patients pris en charge.

Typologie selon les approches analytiques par pathologies.

Plusieurs circulaires favorisent une organisation intégrée des prises en charge pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), traumatisés crâniens et blessés médullaires entre autres. Sans aller jusqu'aux programmes canadiens, cette approche favorise un décloisonnement entre les structures de MCO, de SSR, médico-sociales et les soins de ville. Elle a cependant pour inconvénient de privilégier la fluidité en plaçant les structures SSR dans une filiarisation par organe ou appareil (système nerveux, appareil locomoteur, cœur, poumons, etc...). Cette pression risque de devenir encore plus aiguë avec la tarification à l'activité.

Typologie selon les besoins transversaux par territoire de santé : type de patients et compétences requises.

Dans cette approche, la structuration se fait à la fois en fonction des populations de patients à prendre en charge et de la technicité des plateaux techniques adaptés (compétences médicales, effectifs, locaux et équipements). Un même plateau technique peut être adapté pour prendre en charge des patients dont les lésions relèvent initialement de différentes disciplines médicales (neurologie, traumatologie, orthopédie, rhumatologie...) ou sont multisystémiques, comme le sont souvent les lésions initiales ou leurs complications spécifiques. C'est ce qui caractérise notamment les services de MPR ou de SSR gériatriques.

Ainsi, une typologie fonctionnelle doit prendre en compte à la fois la graduation géographique selon la technicité des plateaux techniques et les besoins des patients en termes de compétences médicales, paramédicales techniques et sociales. La graduation est organisée de la proximité, comme pour les structures de soins de suite polyvalentes et gériatriques, jusqu'au niveau régional qui comporte quelques structures hautement spécialisées (cérébro-lésés complexes, blessés médullaires, grands brûlés...). Compte tenu de la technicité requise les structures de MPR se situent à un niveau intermédiaire de recours (AVC, orthopédie et traumatologie complexe, appareillage des amputés, pathologies rachidiennes...).

Liens entre typologie des structures, cahiers des charges et évaluation

Plusieurs Agences Régionales d'Hospitalisation insistent avec la participation de professionnels

de terrain sur la nécessité d'établir des "cahiers des charges fonctionnels" beaucoup plus explicites et donnant une meilleure lisibilité de l'offre de soins en SSR, comme dans les régions Ile de France, Rhône-Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur et Nord Pas de Calais.

La coordination entre les soins de courte durée et les SSR est cruciale. D'un côté, pour le court séjour les critères d'admission en SSR ne sont jamais assez transparents, de l'autre pour le SSR, l'évaluation des besoins en court séjour n'est jamais suffisante, trop souvent laissée aux services sociaux dans une recherche de la solution la plus rapide. La présence de structures de MPR et de gériatrie dans les hôpitaux aigus ou à défaut des consultations avancées ou des équipes mobiles facilitent cette collaboration.

La collaboration entre les structures SSR et les structures ou professionnels en aval des SSR est encore trop cloisonnée (structures SSR entre elles, professionnels libéraux, structures médico-sociales, associations). Les réseaux peuvent contribuer au décloisonnement mais ils ne peuvent souvent pérenniser que des relations déjà fonctionnelles.

L'évaluation reste balbutiante. Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) peut partiellement vérifier la réalité de l'activité contractualisée d'une structure à condition que l'analyse des données se fasse par unité fonctionnelle (unité médicale) et en lien avec des rapports d'activité au mieux standardisés. Les données PMSI doivent impérativement être confrontées aux effectifs présents sauf à mesurer uniquement les effectifs dont disposent les structures. Elles ne peuvent en aucune façon évaluer la qualité des soins qui relève des revues de pertinence, de l'accréditation, de la certification et en particulier de l'évaluation des pratiques professionnelles, ou d'autres modalités d'inspection et d'audit.





Enquête de satisfaction



A l'occasion de la sortie de KINESCOPE n° 2, Cithéa Communication Editeur souhaite recueillir l'avis du lectorat de cette nouvelle publication et vous remercie par avance de bien vouloir lui retourner le questionnaire ci-après.

La direction

A propos de Kinéscope n° 1, avez-vous eu l'occasion :

☐ OUI ☐ NON de le voir ?

☐ OUI ☐ NON et de le lire ?

A propos de Kinéscope n° 2 :

Votre appréciation est plutôt :

sur le format
sur le papier
sur les rubriques

--	-	+	++

Quelle que soit votre fonction, pour vous, la publication KINESCOPE est :

☐ inintéressante
☐ inutile

☐ pas intéressante
☐ peu utile

☐ intéressante
☐ utile

☐ très intéressante
☐ très utile

Vous pensez que en l'état Kinéscope s'adresse plus particulièrement :

☐ aux Kinésithérapeutes

☐ aux cadres kinésithérapeutes

☐ au deux

vous en avez été destinataire :

☐ à titre personnel au travail ?

☐ à titre personnel à domicile ?

Souhaitez vous le recevoir personnellement à domicile ?

Si oui inscrivez vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Quels sont les sujets d'actualité que vous aimeriez voir aborder dans KINESCOPE :

Souhaitez-vous pouvoir contribuer à son développement ? si oui, sur quel(s) sujet(s) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....



ACTIVITE

Vieux français "activita" qui fait référence à la faculté d'agir ou de produire un effet.

L'activité désigne la faculté d'agir en situation. Décrite dans un ensemble d'opérations à combiner en fonction d'un raisonnement, elle ne peut pas se réduire aux actes.

Dans le domaine du travail, la notion d'activité introduit une tension entre d'une part, des éléments standards qui permettent sa conception et son organisation, et d'autre part, l'indétermination de sa réalisation pratique comportant nécessairement du contextuel, de l'historique et de l'aléatoire. L'activité traduit le résultat d'un ajustement entre ce qui est déterminé (ce qui est codifié) et ce qui ne l'est pas (le circonstanciel et le singulier)

La psychologie du travail, les sciences de l'éducation et l'ergonomie fournissent des méthodes et des concepts pour analyser l'activité et pour comprendre les diverses formes de sollicitation des agents :

→ les tâches explicitement prescrites : tâches codifiées et qui ont trait à ce qui doit être fait (instructions, procédures, règles de fonctionnement ou d'utilisation...)

→ les tâches attendues qui correspondent aux obligations implicites de production, de résultats, relèvent davantage de la définition des missions et des rôles que de celle des tâches

→ le travail réel qui est l'activité réelle déployée par l'agent, sa contribution véritable à la production, intègrent le contexte, les caractéristiques de l'environnement technique, relationnel et communicationnel, les facteurs de motivation et les enjeux des acteurs...

METIER

A partir du latin "ministrum" (ministère, corps) on retrouve en vieux français "menestrier, mistier" qui signifient "office, fonction, service" permettant d'obtenir des contreparties économiques.

L'exercice d'un métier est un genre d'occupation utile, fait de tâches, d'activités et de compétences

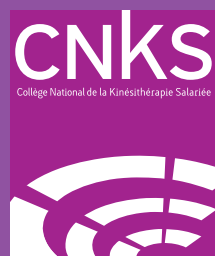
reconnues et identifiées par la société. La notion est historiquement rattachée au domaine de l'artisanat et repose sur un ensemble de savoirs intégrés (savoir, savoir faire, savoir être, savoir évoluer) et de compétences mobilisées au travail que l'on acquiert par un processus d'apprentissage continu (avec des connaissances théoriques, des méthodes, des techniques et des expériences). L'acquisition du métier confère des aptitudes réflexives, des habiletés et une intelligence pratique pour répondre aux diverses demandes dans un domaine défini, par la prise en compte de la singularité de la situation, la mobilisation des ressources pertinentes disponibles et le traitement efficace des problèmes rencontrés.

PROFESSION

Latin "professum ou professio" qui signifie déclaration : "une profession est une déclaration publique, une action de se donner comme..."

Des individus exerçant le même métier construisent une profession lorsqu'à partir du statut légal qui leur est accordé par la société, ils se constituent en communauté professionnelle sociale légitime pour organiser un exercice dans un domaine particulier, à partir de compétences spécifiques et exclusives, avec des règles particulières pour en assurer les régulations. Une profession est donc le produit d'une construction collective, historique et sociale, de professionnels reconnus dans un domaine d'activité dans un contexte donné, à partir d'une dynamique d'autocontrôle et d'autonomie par rapport au marché et à l'Etat (contrôle de la formation des membres, contrôle des exercices, élaboration de règles professionnelles, développement de nouveaux services...).

CHARTRE D'EXERCICE du Masseur-Kinésithérapeute salarié



au cœur du métier...

article 1 : Le masseur-kinésithérapeute salarié est titulaire du diplôme d'état de masso-kinésithérapie, ce qui le lie déontologiquement aux patients et aux autres membres de l'équipe de soins avec laquelle il travaille. Il inscrit son exercice dans une démarche éthique, respecte le décret relatif aux actes et à l'exercice professionnel, et s'engage à prendre en compte dans le cadre de ce dernier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et interprofessionnelles, validées et établies par les organismes habilités.

article 2 : L'ensemble de la prise en charge masso-kinésithérapique s'inscrit dans le cadre de la Charte du Patient Hospitalisé : le masseur-kinésithérapeute salarié est responsable des soins qu'il dispense ; il garantit pour tout patient le respect des droits à une information éclairée, le respect de la dignité, le respect du consentement, le respect de la confidentialité des informations qu'il recueille.

article 3 : Le masseur-kinésithérapeute salarié dispense des soins à toute personne nécessitant de recevoir des actes relevant de son champ de compétence. Ces activités concourent tant à la rééducation, la réadaptation, la réinsertion et la réhabilitation, qu'à l'éducation et la prévention auprès des patients. Son engagement s'inscrit dans le cadre des missions de service public.

article 4 : Le masseur-kinésithérapeute salarié doit se tenir informé et doit se former aux développements et aux progrès scientifiques et technologiques, aux évolutions de sa profession aux fins de maintenir le niveau de qualité le plus élevé possible compte tenu des moyens mis à sa disposition.

article 5 : Le masseur-kinésithérapeute salarié participe et contribue à la recherche clinique professionnelle et interprofessionnelle. Il s'engage à promouvoir et à développer la rééducation par l'évaluation des pratiques professionnelles utilisées.

article 6 : Toute prise en charge masso-kinésithérapique fait obligation d'établir un dossier dans lequel sont consignés :

- la prescription médicale ou le protocole de soin validés,
- l'évaluation initiale des déficiences et incapacités fonctionnelles, des restrictions de participation du patient,
- le diagnostic kinésithérapique, et la description du projet de soins masso-kinésithérapique établi avec le patient et en accord avec les objectifs de l'équipe interprofessionnelle et pluridisciplinaire,
- la description des événements ayant justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement, la dynamique d'évolution de l'état de santé du patient et l'évaluation du traitement en termes anatomiques, fonctionnels, qualité de vie, par rapport à l'objectif initial,
- les conseils donnés au patient (entretien, éducation, prévention), les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention),

Le masseur-kinésithérapeute salarié se doit de rédiger un courrier de synthèse ou une fiche de liaison pour le masseur-kinésithérapeute qui prend le relais à la sortie du patient.

article 7 : Dans un souci d'efficacité et d'amélioration continue de la prise en charge des patients, le masseur-kinésithérapeute salarié travaille en interprofessionnalité et interdisciplinarité dans le cadre du projet de soins d'établissement. Si nécessaire il participe au développement des réseaux de soins ville-hôpital.

article 8 : Dans l'établissement le masseur-kinésithérapeute salarié participe à la formation initiale des étudiants en assurant leur tutorat. Il participe aussi à la formation des étudiants d'autres professions de santé et à la formation continue d'autres professionnels de santé.

article 9 : Le masseur-kinésithérapeute salarié s'implique dans la gestion des risques en lien avec ses pratiques professionnelles.

Partenaire du haut niveau !

POWER PLATE®



2006 - 2010



OFFRE DE LANCEMENT :

LOCATION FINANCIÈRE SUR 36 MOIS À TAUX ZERO !

EXCLUSIVITÉ POWER PLATE®

Nouvelle suspension à air comprimé

Système AIRdaptive®

PRO AIR
Nouveauté
2007

- Adaptable au poids de l'utilisateur
- Suppression des vibrations environnantes
- Optimisation de la force G

RENFORCEMENT
MUSCULAIRE



RECUPERATION



ETIREMENTS



ÉQUILIBRE



WWW.POWER-PLATE.FR - 0820 30 35 40

N° Indigo
0,12€ TTC/min