

kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

+ insert spécial
JNKS
MARSEILLE 2007

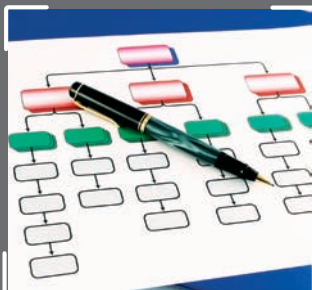
Handicap

regards kinésithérapiques P05

→ P11 Formation :
Valeurs et Fondamentaux



→ P13 Pôles Hospitaliers et
cadres kinésithérapeutes



→ P24 Douleur
et Kinésithérapie



Mars 2007
n°03

"L'avenir
quotidien"

EDITION



Santé
Synergie



“Je cherche une mutuelle
qui partage mes valeurs.”

Mutuelle n°1 dans le monde de la santé, la MNH vous propose différentes garanties adaptées à vos besoins. Bénéficiez ainsi d'une mutuelle qui vous ressemble et qui répond à vos attentes. Pour découvrir l'offre santé de la MNH, rencontrez votre correspondant au sein de votre établissement. Il vous aidera à choisir la garantie qui vous convient. Vous pouvez aussi nous contacter au N° Indigo 0820 00 45 00 (0,12€/min) ou consulter notre site www.mnh.fr



Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social.

La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Registre National des mutuelles sous les numéros 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

Sommaire n°03 Mars 2007

Macroscopie

Handicap et Dépendance : regards kinésithérapeutes P05

Télescope

Masseurs-kinésithérapeutes d'ici et d'ailleurs P08

Au cœur de la recherche

Crash-test & kinésithérapie P09

Au cœur de la formation

Projet de formation en masso-kinésithérapie P11

Au cœur des organisations

Un kinésithérapeute, cadre paramédical de pôle P13

Au cœur de la formation

Accueil du stagiaire P17

Kaléidoscope

Les kinésithérapeutes salariés sont-ils mal payés ? P23

Au cœur du métier

Douleur(s) P24



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, Marie Hélène Scapin, Philippe Stevenin

Secrétaire de rédaction
Pascale Clément

Impression
Tanghe Printing (Belgique)

Dépôt légal :
1^{er} trimestre 2007



kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés



Conception, réalisation, 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
Emilie Duffaud, Pierre Henri Haller, Christophe Petit Nicolas.
+ fotolia.

ERRATUM :
Crédits photographiques
kinéscope n°2 :
Gerrmoa - Ph. Guirauden.

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

Périscope

"Rien qu'un instant d'innocence, un geste de reconnaissance quand on ouvre comme un écran, quand on ouvre nos mains". J.-J. Goldmann



Aider, accompagner, autoriser... : reconnaître.

Le 14 juillet 2002, Jacques Chirac déclarait le "Handicap, chantier prioritaire". La loi n°2005-102 du 11 février 2005 a deux ans ce mois-ci. Soixante dix décrets ont été pris pour en permettre l'application. Dite "loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées", la simple lecture de l'énoncé permet de mesurer la complexité d'un dispositif législatif pour faire valoir... ce que de droit : "tous les hommes naissent libres et égaux en droit". Alors que 10 % de la population mondiale est considérée comme handicapée au sens de la classification de Woods, le 11 décembre dernier les Nations Unies terminaient le texte d'une "Convention pour le respect des droits des personnes handicapées" proposée à la ratification des Etats dès le 30 mars 2007.

Enfin, la personne est associée au handicap !

En France, le texte publié il y a deux ans est une révolution au regard du précédent texte de 1975, demeuré sans suite. Il définit le handicap et propose une adaptation de la société, une intégration du handicap au milieu ordinaire. Son application progressive montre la multiplicité des stratégies : accessibilité et aménagement des bâtiments et des moyens de transport obligatoires d'ici à 2015, obligation faite aux employeurs de répondre à l'exigence de 6% de travailleurs handicapés, assortie de sanction en cas de défaut d'application, intégration scolaire de droit, réflexion sur les ressources.

L'homme dit handicapé retrouve lentement respect et dignité, par une mise en valeur de l'autonomie individuelle; une reconnaissance de la capacité de tout concitoyen à sortir du champ médical pour être, enfin, acteur social. Rien d'autre que ce que les masseurs-kinésithérapeutes ont compris depuis longtemps.

Marie Hélène Scapin,
Vice-Président du CNKS



Les huiles essentielles dans la rééducation IMMOBILISATION PROLONGEE REEDUCATION POST-TRAUMATIQUE MASSAGE

Pour plus d'informations, une démonstration,
une formation ou des échantillons gratuits, etc.
Contactez-nous au 01 60 78 93 03
ou sur contact@phytodermie.com



Le traitement de référence face aux entorses



Elastoplaste®

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

La contention "sur-mesure"



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®**

BSNmedical

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

**NOUVEAU
PACKAGING**

Macroscopie

Handicap & Dépendance : regards Kinésithérapiques

→ Michel Gouban, Directeur d'IFMK

2003, année européenne des personnes handicapées : **actions, manifestations et JNKS Paris 2003 sur le thème du handicap** ; le handicap a également été déclaré grande cause nationale par le Président de la République et le 11 février 2005 était publiée une nouvelle loi.

Le terme handicap est loin d'être univoque. Cette notion assez récente a beaucoup évolué dans le temps, elle est fonction des cultures et des pratiques sociales. Deux ans après la loi sur le handicap et la dépendance Kinéscope fait le point sur l'histoire et l'encours de cette question. Parce que l'histoire du handicap - et de la déficience visuelle se maille et induit l'histoire de la profession - Kinéscope a naturellement sollicité Michel Gouban, déficient visuel, directeur de l'IFMK Valentin Hauy de Paris (75) dont le centenaire vient d'être fêté avec brio et Michel Ferran, cadre kinésithérapeute au Centre hospitalier Avicenne à Bobigny (93) pour nous en parler. Des regards loin d'être neutres tout comme ceux que les professionnels de santé et la société en général portent sur la question. Les regards posés par la société, le corps médical et les psychologues, les sociologues et anthropologues, ... et ceux des sujets impliqués par et dans le handicap sont autant de facettes qui, en se combinant tendent à conceptualiser la notion de handicap. Selon "l'angle de vue" nous explique Michel Gouban le Handicap prend divers sens.



K : Michel Gouban, quelle(s) vision(s) peut-on avoir du handicap ?

MG : J'ai l'habitude de dire que pour observer le handicap il faut faire appel à un regard multiple : un regard centré sur l'individu, un regard centré sur la société, un regard interactif, et le regard du sujet impliqué.

K : alors le premier centré sur l'individu, cela signifie quoi ?

MG : Longtemps, le handicap a été confondu avec la maladie. Une fois la maladie éradiquée ou guérie, la question du handicap disparaissait. Les maladies chroniques, la durée de la vie et

les séquelles traumatiques de guerre notamment, révèlent rapidement que cette appréhension de la question du handicap est insuffisante. Si la guérison n'est pas possible, il faut permettre à l'individu de vivre avec ses séquelles. C'est pourquoi, dès les années 1950, la médecine s'oriente vers la rééducation et la réadaptation de la personne en utilisant et valorisant son potentiel pour une adaptation optimale à son environnement. Ici, c'est l'individu qui est porteur du handicap. Le langage social parle de "personne handicapée" et le quidam désigne comme "l'handicapé" une personne atteinte de déficiences quelles qu'elles soient.

K : Mais cette vision a beaucoup évolué à la fin du siècle dernier !

MG : En effet l'OMS propose en 1980 la Classification Internationale des Handicaps (CIH). Si elle inclue bien le volet social du handicap pour autant la représentation demeure centrée sur l'individu. De fait le désavantage social, annihilant certains rôles sociaux ou de survie, est consécutif aux déficiences et incapacités de la personne. Cette vision du handicap génère l'idée de la réparation par allocations et avantages sociaux divers.

Antérieurement en France on a déjà "réparé" les dommages de guerre : "Napoléon, et la nation reconnaissante, accueillent les "invalides" et leur octroient des pensions, visant à compenser la perte d'un oeil, d'un bras". Et dès 1898 une loi sur l'accident du travail oblige l'employeur à financer les préjudices occasionnés au salarié. Enfin en 1945 la sécurité sociale instaure un régime d'assurance maladie invalidité, fondé sur un principe de solidarité.

K : Est ce là ce regard centré sur la société que vous évoquiez ?

MG : Pas du tout. A l'inverse de nos pays latins, dans les pays anglo-saxons le regard n'est plus porté sur l'individu mais sur la



société qui bride plus ou moins la participation sociale de tout individu. Le handicap ne s'explique plus par des caractéristiques individuelles mais par l'ensemble des contraintes physiques et socioculturelles qui entravent la citoyenneté à part entière. Et là on parle de personne en situation de handicap. Le traitement est ici sociétal, il consiste en l'aménagement de l'environnement de la personne.

K : Regard sur individu et regard sur société s'opposent ?

MG : De fait ces deux visions se réfèrent à deux paradigmes opposés : celle où l'individu est incapable de faire du fait de sa déficience et où c'est la "personne qui est handicapée", celle où l'individu est incapable de faire du fait de l'inadaptation des conditions de vie et où c'est la "société qui est handicapante". Mais dans les deux cas il y a des aspects réducteurs. La première fait abstraction de la situation environnementale et la seconde fait abstraction de tout caractère de corporéité du handicap.

K : En 2003 aux JNKS vous nous aviez parlé de regard croisé ... ?

MG : Il existe en effet une vision interactive du handicap : celle du Processus de Production de Handicap (PPH). Basé sur "un modèle anthropologique de développement applicable à tout être humain" il est composé de trois types de facteurs (personnels ou intrinsèques avec les systèmes organiques et les aptitudes, environnementaux ou extrinsèques et habitudes de vie liées à l'âge, au sexe et au profil socioculturel). Il s'agit d'une approche positive et applicable à toute personne et à tout contexte. L'OMS a adopté en 2001 une nouvelle classification du handicap : la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, de la Participation et de la Santé). On passe ainsi d'un regard centré sur l'individu (CIH) à un regard centré sur les interactions entre les fonctionnements d'individu et son environnement.

K : Mais la personne dite handicapée dans tout cela ?

MG : C'est là qu'intervient ce que je nomme le regard du sujet impliqué. Si on admet que le handicap est constitué d'éléments intrinsèques et extrinsèques à l'individu, objectivables, classifiables et mesurables, il demeure qu'une grande partie du handicap est d'ordre subjectif. Et qui plus est le regard que porte le sujet sur ses situations de handicap s'alimente du regard, trop souvent sur-mutilant car fuyant ou coupable, compassé, gêné, curieux, des autres, et réciproquement.

K : In fine que diriez-vous du handicap ?

MG : Le terme n'est pas un concept bien défini ni stabilisé. Le faut-il ? C'est une notion complexe multidimensionnelle faite d'interactions entre une personne - ses déficiences et ses aptitudes -, un environnement physique et social - facilitateur ou sur-handicapant - et l'être psychique. Et il me semble que c'est le métissage de regards qui fonde la notion de handicap. De l'approche globale et/ou situationnelle du handicap découlent des interventions multidirectionnelles en quête de solutions adéquates.

Pour terminer comme je l'ai écrit par ailleurs je dirais qu'être en bonne santé, c'est aussi avoir expérimenté le handicap et l'avoir intégré et surmonté. C'est un luxe psychologique. Le handicap est une expérience holistique du sujet inscrit socialement et culturellement, souvent réductrice dans un premier temps mais pouvant être "démultiplicatrice" dans un second temps.



Le mot **handicap...**

... pourrait venir des pays anglo-saxons. Au XVI^e siècle, "**the hand in the cap**" (**la main dans le chapeau**) expression utilisée dans un jeu de hasard populaire, dans lequel les participants se disputent des objets personnels, est à l'origine du mot. Au XVIII^e siècle, le milieu hippique l'utilise pour définir des courses de chevaux à handicap où les plus performants, sont "crédités" d'une surcharge de poids ou d'une distance supplémentaire dans un souci d'équité. En 1932, il apparaît dans le dictionnaire de l'Académie Française. C'est à partir des années soixante que le mot handicap devient "le véritable porte-drapeau d'une volonté d'identification et rénovation dans le domaine des exclus pour cause de différences". Il faut attendre la Loi n° 571-223 du 23 novembre 1957 pour utiliser le terme à propos des travailleurs handicapés. Il occupe une place centrale dans la Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées qui constitue un tournant majeur en passant d'une logique d'assistance à une logique de solidarité bien qu'elle ne définisse pas le handicap (l'article premier indique simplement : "est handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions...").



→ Bref regard critique sur la loi du 11 février 2005

Michel FERRAN, Cadre de santé - kinésithérapeute



Les masseurs kinésithérapeutes font partie de la chaîne d'aide à l'insertion ou à la réinsertion des personnes handicapées.

La loi du 30 juin 1975 s'était caractérisée par le regroupement des textes régissant les personnes handicapées depuis la loi dite "**Denis Cordonnier de 1949**". La loi du 11 février 2005 rassemble, précise et quelque peu améliore les textes législatifs, de celle de 1975 pour la vie quotidienne, de celle de 1987 pour le travail et de celle de 1991 pour l'accessibilité.

Pour les personnes mineures la loi du 11 février 2005 reconnaît enfin l'obligation scolaire pour tous.

Pour les personnes atteintes de maladies mentales, le statut de personne handicapée leur est reconnu.

Pour les adultes, si les personnes handicapées sortent du giron de la DDASS, pour autant les problèmes de revenus de remplacement ne sont toujours pas résolus. Ces personnes restent toujours dépendantes des ressources du conjoint, concubin ou pacs. Pour ce qui est de la compensation du handicap, la prestation de compensation qui remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne comporte plusieurs volets selon les besoins du demandeur : prestation pour l'aide humaine, prestation d'aide à l'aménagement, prestation d'aide à l'aménagement du véhicule, prestation pour frais de transport et prestation exceptionnelle. Plus de CoToRep (Commission Technique d'Orientat ion et de Reclassement Professionnel), plus de CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale).

Certes, ces nouvelles prestations sont instruites par un guichet unique : la Maison Départementale du Handicap (MDPH) dont on peut espérer sans doute des simplifications administratives. Cependant elles vont se traduire pour les personnes handicapées par une réduction globale des moyens financiers auxquels elles peuvent prétendre.

Quant à l'accessibilité, le législateur s'est refusé à contraindre les collectivités locales à rendre la voirie accessible avec un échéancier précis. Pour les bâtiments recevant du public et les transports en commun, les textes législatifs sont intéressants mais les textes réglementaires accordent trop de possibilités à déroger à l'obligation d'accessibilité comme par exemple atteinte à l'architecture de bâtiment classé, surcoût des travaux prohibitifs par rapport à la valeur du dit bâtiment,...



En matière de communication, les personnes atteintes de surdit é peuvent officiellement utiliser la LSF (langue des signes français). Les médias télévisuels doivent mettre en place un programme de sous-titrage des émissions. Le système d'audio-description ou aide à la compréhension des films télévisés pour les aveugles fait l'objet à ce jour uniquement d'une étude de faisabilité.

Dans le domaine du travail protégé, les centres d'aides par le travail et les ateliers protégés changent de dénomination et voient très peu leurs statuts évoluer. Pour le milieu ordinaire de travail peu de choses à retenir.

Lors de l'ouverture de ce chantier (révision de la loi du 30 juin 1975) les personnes handicapées espéraient voir un certain nombre de leurs préoccupations prises en compte. La loi du 11 février 2005 parue après de nombreuses discussions parlementaires n'a montré que quelques avancées par rapport à leurs espoirs. A ce jour, la majorité des textes réglementaires sont parus, quelle déception ! Les hauts fonctionnaires de nos ministères ont interprété la loi à minima pour rédiger les décrets d'application.

Télescope

Masseurs-kinésithérapeutes d'ici et d'ailleurs

→ Claude Lepresle, Cadre kinésithérapeute, Directeur de CEGVH

Kinéscope : Claude Lepresle, quels sont les temps forts de votre parcours de kinésithérapeute. Quelle est votre fonction au Centre d'Etudes Gérontologiques Ville-Hôpital (CEGVH) ?

C.L : Trois mots caractérisent mon parcours professionnel : accompagnement, enthousiasme, passion.

Accompagnement des patients pendant 20 ans, au sein d'un service dédié à la chirurgie thoracique et à la réanimation respiratoire, je suis heureux d'avoir contribué à l'émergence et à la reconnaissance de la kinésithérapie respiratoire. J'ai guidé, formé des étudiants en leur insufflant mon propre enthousiasme. Dès 1990, après un cursus universitaire en Sciences de l'Education, j'ai entrepris par le biais de la formation des personnels d'accompagner les changements institutionnels. La réflexion sur la place de la formation, l'articulation des projets professionnels et personnels des agents les moins gradés au service de la qualité des prestations servies au patient m'a passionné.

Puis le projet d'ouverture de l'hôpital Bretonneau m'a été confié, original dans sa mission de complémentarité territoriale. J'ai pris la direction du CEGVH, interface sanitaire et sociale "ville-hôpital", devenu centre ressource de l'AP-HP.

Mes autres fonctions sont coordonnateur du département personnes âgées du réseau de santé Paris Nord et vice-président Allô Maltraitance (ALMA) Paris.

K : Quelle est la spécificité du CEGVH ?

C.L : Structure administrative, prestataire, il est conçu pour favoriser le maintien des personnes âgées chez elles. Les actions mises en place concernent la personne, son entourage familial, social, les professionnels qui l'accompagnent. Le CEGVH vend des formations aux demandeurs extérieurs, publics ou privés. Il met à disposition un centre de documentation dédié à la gérontologie. Il recherche des subventions, développe des partenariats, organise des congrès, anime des soirées thématiques, des rencontres autour de l'éthique. Il contribue au cycle d'enseignement post-universitaire des médecins libéraux. Il promeut une réflexion sur la certification des compétences développées en gérontologie.

K : Etre Kinésithérapeute, est-ce un atout pour cette fonction ? :

C.L : Oui, sa vision du vieillissement, de l'autonomie est particulière. Le kinésithérapeute n'est pas dans le "faire à la place de" mais dans le "faire-faire", atout en gérontologie.

Il est bricoleur, créateur. Ceci ne m'a jamais quitté, pour cela aussi je prends grand plaisir à accompagner des personnes de 65 ans et plus vers le grand âge, pour lequel nous n'avons pas de modèle. Projet et créativité sont les deux liens quotidiens avec la kinésithérapie.



K : Votre parcours de kinésithérapeute confronté au handicap et à la dépendance a-t-il contribué à la mise en œuvre d'actions de formation comme "Handicap et formation aux aidants familiaux" ?

C.L : La notion d'éducation à la santé est primordiale. J'ai toujours contribué à l'éducation des patients insuffisants respiratoires et je retrouve cette notion dans la formation aux aidants. Ils ont besoin d'étayage. Cet accompagnement des malades sur le chemin de la réadaptation me permet de faire passer cette expérience aux aidants familiaux ou bénévoles. Par ailleurs, en lien avec la kinésithérapie, j'avais participé à la création d'un logiciel d'apprentissage de l'auscultation sur mannequin pour les étudiants. Je viens de créer un livre électronique sur l'aide aux soins pour les aidants.

LEPRESLE Claude

diplômes

- DEMK 1970
- MCMK et Licence des Sciences de l'Education en 1990.
- Maîtrise Sciences de l'Education en 1991.
- Dea en Sciences de l'Education en 1992.

Carrière

- Masseur- Kinésithérapeute en chirurgie thoracique, pneumologie, réanimation et consultation anti-douleur à l'hôpital Laennec (Paris) de 1970 à 1994.
- Responsable du département développement des compétences de 1995 à 2000 dans le cadre de la fusion/restructuration des hôpitaux Boucicault, Broussais, Laennec (Paris).
- Chargé de mission à l'hôpital Bretonneau (Paris) de 2000 - 2002.
- Responsable du Centre d'Etudes Gérontologiques Ville Hôpital depuis 2003.

au cœur de la recherche

Jacques Bergeau, Cadre kinésithérapeute

→ Crash-test & kinésithérapie

Quel rapport y a-t-il entre un crash-test automobile et la kinésithérapie ? entre la protection des enfants à l'intérieur des véhicules et la kinésithérapie ? A priori aucun. Et pourtant ...

Le début de l'histoire :

En 1999, un kinésithérapeute, alors salarié au CHU de Saint-Etienne, a l'idée saugrenue de s'inscrire dans une école doctorale lyonnaise pour y préparer un DEA en génie mécanique ! Précisons qu'il avait choisi l'option "biomécanique" (nous voilà rassurés !). Il a ensuite l'idée farfelue d'effectuer son stage de formation par la recherche (6 mois) au sein du laboratoire de biomécanique et de mécanique des chocs de l'institut national de recherches sur les transports et leur sécurité.

<http://www.inrets.fr/ur/lbmc/index.html>

Ce laboratoire étudie en particulier la résistance du corps humain aux chocs et participe à l'élaboration des mannequins utilisés lors des crash-tests. Mais notre passionné s'initiait à la recherche dans un autre domaine du laboratoire : modéliser le mouvement humain pour prévoir le confort postural assis.



Le déclic :

C'est dans ce laboratoire que notre homme a entendu un chercheur s'interroger : *"Comment pourrais-je mesurer la compliance thoracique chez l'enfant ?"* S'il est aisé d'évaluer la souplesse du thorax chez des adultes volontaires, la loi Huriet-Sérusclat, qui protège les personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale, interdit toute expérimentation chez l'enfant." Le sang de notre homme n'a fait qu'un tour et il a annoncé joyeusement : "Je connais quelqu'un qui appuie sur le thorax des enfants... et sur prescription d'un médecin : le kinésithérapeute !". C'est comme cela que la collaboration a débuté.

Le contexte :

"Collision frontale, sur une route de campagne. Deux voitures roulant à des vitesses de 60 et 75km/h. Dans la première, un enfant de sept ans, voyageant sur la banquette arrière, sans aucun système de



sécurité, est indemne. Dans la seconde, une petite fille de cinq ans et un bébé de huit mois, assis dans des sièges pour enfants, sont blessés tous les deux." La protection des enfants passagers d'automobile n'est pas aussi bonne qu'on pourrait le souhaiter. Les systèmes de retenue conçus pour les jeunes passagers, dont les tests laissent espérer une efficacité dans 70 à 80% des accidents, ne les protègent réellement que dans 30 à 50% des cas. Sont mises en cause les capacités limitées des outils d'évaluation du risque que sont les mannequins d'essais enfants. Le projet européen CHILD a pour objectif de combler les déficits de connaissances sur la sécurité des enfants. Ces derniers, en effet, ne sont pas des adultes en miniature. Ils ont des caractéristiques comportementales et bio-mécaniques spécifiques. En particulier, le thorax et l'abdomen des mannequins existants est extrêmement rigide.

Le projet :

C'est d'améliorer la biofidélité des mannequins enfants existants. Il s'agit de mesurer la compliance thoracique et abdominale chez l'enfant au cours de séances de kinésithérapie.

Le protocole expérimental a été présenté en août 2006 au congrès mondial de biomécanique à Munich et accepté en septembre 2006 par le comité de protection des personnes.

A suivre ...

La référence : Bermond F, Bergeau J, Alonzo F, Goubel C, K. Bruyère K, P. Joffrin P, B. Cossalter B and Verriest JP (2006). *Enhanced method and tools for child thoracic and abdominal compliance assessment by clinical treatments observation.* Journal of Biomechanics, Volume 39, Supplement 1, 2006, Page 155.



ONLY HUMAN ENERGY

Appareils & accessoires de mise en forme.

N°Azur 0810 811 511



> www.ohefitness.com



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

au cœur de la formation

Hélène Bergeau, Directrice d'IFMK

→ Concepts et références pour la construction du projet de formation en masso-kinésithérapie (partie 1)

Penser et construire un parcours de formation professionnelle nécessite de se donner un système de références fait de valeurs, articulé autour de concepts et de modèles, permettant de penser et construire projet de formation et ingénierie.

Formation vient du latin formare ou donner une forme. Quelle "forme" donner au kinésithérapeute de demain, au regard de l'évolution de la société ? Préparer des professionnels capables de questionner une situation et de proposer de façon autonome les réponses adaptées aux besoins en santé des personnes est un objectif fort pour nos écoles et instituts. Décideurs et acteurs de la formation doivent s'interroger et expliciter le cadre conceptuel à partir duquel s'élaborera le référentiel de formation. A l'heure du projet de réforme des études de masso-kinésithérapie, et à la croisée des réflexions sur le métier, ses activités et les compétences attendues, les enjeux sont forts et déterminants pour le devenir de la profession.

Quelques propositions sont formulées ci-après ciblant volontairement certaines notions. Les choix réalisés n'excluent en aucune façon d'autres propositions.



En matière de valeurs

Une valeur émerge, parmi d'autres tout aussi importantes : la responsabilité. La responsabilité est indissociable de l'autonomie.

Ce qui caractérise l'évolution du monde du travail, depuis les années 1980, c'est l'éloignement de tous les secteurs professionnels d'activité du modèle taylorien du travail caractérisé par l'accomplissement de tâches répétitives et monotones à faible valeur cognitive ajoutée et par l'existence de normes strictes à appliquer. Tous secteurs de travail confondus, on trouve moins de prescription, et donc plus d'autonomie et de responsabilité. Par contre, on observe de façon apparemment paradoxale une intensification du travail liée à un contrôle accru des tâches. Ce contrôle porte notamment sur la qualité du "produit" (*Lallement, 2005*).

Le domaine de la santé et le métier de masseur-kinésithérapeute n'échappent pas à cette évolution. De technicien du geste mettant en œuvre une prescription médicale quantitative et qualitative,

“la **responsabilité**
est indissociable de
l'autonomie.”

le kinésithérapeute a évolué vers un niveau d'ingénierie de la santé, évaluant, concevant, appliquant et contrôlant différentes activités thérapeutiques, préventives, d'éducation et de promotion de la santé, enfin de recherche (Vaillant, 2002). En fin de formation, le futur professionnel doit être en capacité de faire des choix. En dehors de la mise en œuvre et de la réalisation du geste juste, il devra assumer le "risque" de sa prise de décision. Il devra porter à la connaissance de tous, les logiques d'évaluation qui l'ont conduit à ses choix (notamment la logique du "bénéfice-risque" pour le patient).

C'est une exigence réglementaire. C'est aussi une caractéristique essentielle d'un comportement professionnel. Pour l'étudiant, l'apprentissage de ces attitudes et comportements responsables doit être

initialisé, encouragé et recherché systématiquement au sein de l'institut de formation. La mise en place d'un parcours de formation personnalisé, l'explicitation des engagements réciproques et la contractualisation entre étudiants et instituts est la première démarche de responsabilisation. Ceci passe par la mise en place d'une démarche qualité.

La nature de la compétence attendue et la qualité recherchée doivent être rendues explicites, afin que les différents acteurs s'engagent dans une responsabilité partagée. La mise en place d'une démarche qualité favorise la formalisation de ces engagements respectifs. La certification des dispositifs de formation professionnelle supérieure permet la mobilisation des différents acteurs de l'organisme engagé dans ce processus : équipe pédagogique, administrative et apprenants. Elle permet de développer une capacité d'autoévaluation, d'autorégulation et d'adaptation aux changements.

En matière de modèle

Le cadre conceptuel du processus kinésithérapique et le langage professionnel du kinésithérapeute ont à s'enrichir du modèle de la CIF ou Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

La CIF est une évolution de la CIH et marque une rupture.

La Classification Internationale du Handicap (CIH) a été publiée en 1980 par l'OMS pour décrire les conséquences des maladies, en complément de la Classification Internationale des Maladies (CIM). Pour appréhender le handicap, la CIH propose trois niveaux ou plans d'expérience du handicap : niveau des déficiences ou "lésionnel", niveau des incapacité(s) ou "fonctionnel", et niveau du désavantage social ou "situationnel". La CIH a ainsi

fourni le premier cadre conceptuel pour la démarche et la construction du diagnostic en kinésithérapie.

Vingt ans plus tard, suite à de nombreuses critiques et expérimentations de cette CIH, la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) ouvre une nouvelle perspective. La CIH use d'une terminologie négative. Elle est sous-tendue par une relation linéaire de cause à effet (maladie/déficience ou déficience/incapacité ou encore incapacité/désavantage), centrée sur l'individu, excluant le rôle des facteurs environnementaux. La CIH est construite sur un modèle médical, modèle individuel où le handicap caractérise la personne. Le handicap reste une expérience sociale négative, directement liée aux attributs personnels et ne tenant pas compte des facteurs contextuels. Ce modèle médical a fortement orienté l'exercice professionnel vers le modèle réadaptatif, visant la compensation et l'effort individuel d'adaptation du sujet à son handicap.

La CIF se décentre volontairement des conséquences de la maladie. Outil d'évaluation, d'aide à la décision en matière de santé, de communication entre les professionnels de santé à l'échelle mondiale, elle s'attache à expliciter, catégoriser toutes les composantes de la santé au sens de la Charte d'OTTAWA, c'est-à-dire un état de complet bien-être physique, mental et social.

Le handicap est envisagé comme une restriction dans la participation sociale. Cette restriction résulte de l'interaction entre les obstacles environnementaux et le niveau d'activité de la personne ; l'activité de la personne est liée au niveau d'intégrité ou de déficience des fonctions organiques et des structures anatomiques ; les déficiences sont liées au problème de santé de la personne.



Bibliographie :

M. Lallement : **Organisation et relations de travail**, In : Comprendre la société, Cahiers français n° 326, mai juin 2005 ; 28-34.

J. Vaillant : **Diagnostic kinésithérapique : Concepts fondateurs et modèles**, In : Kinésithérapie scientifique n° 427, novembre 2002, 5-8.

Pour formuler le diagnostic Kinésithérapique la démarche consiste à explorer :

➤ le fonctionnement de la personne considérée :

- **évaluation de l'intégrité et des déficiences** des fonctions organiques et structures anatomiques. Ceci suppose d'être en capacité de choisir et de mettre en œuvre les outils d'évaluation et de mesure appropriés,
- **évaluation des activités et des limitations d'activité** (identification des tâches ou actions exécutées par une personne et détermination du niveau de performance),
- **évaluation de la participation** (implication d'une personne en situation de vie) et des restrictions de participation.

➤ les facteurs contextuels environnementaux

- barrières physiques, architecturales, socioéconomiques...
- les facteurs personnels (attitudes, données biologiques...)

La synthèse de ces éléments doit permettre l'interprétation des problèmes de santé de la personne et la prise de décision du thérapeute.

au cœur des organisations

Mars 2007

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

→ Utopie ou réalité ? Un kinésithérapeute cadre paramédical⁽¹⁾ de pôle

L'ordonnance du 5 mai 2005⁽²⁾ stipule dans ces articles L. 6146-1 et L. 6146-6 :

"Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif..."

"...Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif."

Les pôles d'activité sont donc, sur la base d'une délégation de gestion contractualisée, gérés par un trio constitué du praticien responsable, d'un cadre de santé et d'un cadre administratif.



Dans ce contexte est-il possible qu'un cadre de santé rééducateur, et masseur-kinésithérapeute en particulier, soit nommé cadre paramédical de pôle ? Nous proposons pour répondre à cette question de nous appuyer sur l'analyse d'une part d'une fiche poste de cadre paramédical de pôle, d'autre part sur un référentiel cadre et sur le répertoire métier.



La fiche de poste (voir encadré) pose différentes missions. Les premières sont générales et en lien direct avec la nouvelle organisation de l'hôpital, elles constituent un nouvel attendu sur lequel nous nous attarderons pour les comparer à des référentiels. Les secondes, qualifiées de permanentes, bien que plus détaillées apportent peu de nouveauté à l'exercice du métier de cadre de santé. Si elles sont permanentes pour un cadre paramédical de pôle, elles le sont également pour un cadre de santé qui au cours de son exercice de responsable d'unité et de secteur⁽³⁾ aura déjà mené ces différentes missions à une autre échelle.

(1) Nous utiliserons dans l'ensemble de cet article la terminologie retenue par plusieurs CHU qui appelle cadre paramédical de pôle, le cadre de santé nommé pour assister le praticien responsable de pôle.

(2) Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

(3) Ce sont les intitulés des métiers de cadre de santé dans le répertoire des métiers.

Un cadre masseur kinésithérapeute en charge d'un service de rééducation, a fortiori quand celui-ci comporte des lits d'hospitalisation a, comme le préconise le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁽⁴⁾ :

Elaboré, réalisé et communiqué le projet paramédical du service,

Recensé les besoins, préparé les demandes et réparti les moyens,

Suivi et contrôlé la gestion budgétaire de son secteur

Coordonné les projets et les activités paramédicales

Planifié et contrôlé les résultats des projets et des actions

Suivi le recrutement et l'intégration des nouveaux agents, organisé le suivi et l'encadrement des stagiaires

Harmonisé les procédures et leur mise en œuvre

Assuré une veille professionnelle et fait la promotion de la recherche en rééducation.

Ces différentes activités s'inscrivent bien dans les cinq domaines d'activités du cadre de santé décrits dans différents référentiels métiers⁽⁵⁻⁶⁾ à savoir :

Manager les ressources humaines

Contrôler, améliorer, mettre en place des procédures

Assurer une relation de qualité avec les patients

Gérer les moyens

Organiser et s'organiser

Il n'y a donc aucune contradiction entre les activités menées par un cadre de secteur de rééducation, particulièrement un kinésithérapeute, et les missions permanentes du cadre paramédical de pôle telles que formalisées dans la fiche de poste proposée.

Dés lors ce sont les missions générales qui doivent être questionnées et particulièrement ce que souhaite mettre en avant les rédacteurs de cette fiche de poste en formalisant la mission suivante "Il assure ... l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence."

A l'échelle d'un pôle il s'agit bien des activités paramédicales au sens large. Selon la composition médico-chirurgicale ou de prestations du pôle, elles constituent un vaste ensemble de métiers

d'auxiliaires médicaux aussi variés qu'infirmières, infirmières de bloc opératoire, aides soignants, préparateurs en pharmacie (quand ils sont en poste dans les services), kinésithérapeutes etc. Il ne s'agit pas pour le cadre paramédical de pôle d'assurer pour ces différents professionnels une fonction d'expert ou de référent qu'il est ni possible, ni souhaitable de garantir. Son travail est celui d'un manager coordonnateur, organisateur et évaluateur dont les compétences sont essentiellement managériales. Le métier d'origine ne fait rien à l'affaire. Ce qui est attendu repose plus sur la connaissance d'une culture hospitalière et médicale, la capacité à faire travailler les gens ensemble et à conduire des projets que sur la maîtrise technique d'un métier qui à ce stade d'une carrière d'encadrement a été arrêté depuis plusieurs années.

Quelque soit sa filière professionnelle d'origine, le cadre paramédical de pôle doit développer de nouvelles compétences dans différents domaines :

En matière d'organisation du travail

Pour contribuer à l'allocation optimale de moyens aux unités tout en développant les transversalités utiles au sein du pôle il doit savoir auditer les modes d'organisation, savoir élaborer, conduire et évaluer tout type de projet, savoir mener des études de charge de travail, mettre en œuvre des changements organisationnels.

Pour la gestion de la qualité et de la sécurité des soins

Avec l'ensemble de l'encadrement de santé il doit participer à la politique qualité du pôle, proposer des démarches concertées d'amélioration continue, mettre en place des outils et des indicateurs pertinents, conduire la mise en œuvre de démarches d'évaluation et d'évolution des pratiques professionnelles.

En ce qui concerne la gestion socio-économique

Avec le cadre administratif de pôle il doit adapter et suivre des tableaux de bord, contrôler l'activité d'un domaine de soins, analyser les résultats liés à l'activité globale d'un pôle ou d'un secteur de soins.

Pour le management et la gestion des ressources humaines

Il doit savoir décloisonner les métiers et assurer la mobilisation et la coopération de tous les acteurs, savoir mettre en œuvre les principes de la GPEC et de la démarche compétence, savoir se situer en médiateur, en représentant du pôle et en personne ressource pour les questions de l'encadrement.

au cœur des organisations

Mars 2007

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

Pour la communication

Il doit savoir organiser la communication et la circulation d'information au sein du pôle, savoir s'informer et organiser un "état de veille" dans tous les domaines des soins dispensés dans le pôle.

Pour la formation

Savoir évaluer et analyser les besoins de formation et de transferts de compétences, savoir proposer des démarches de formation pertinentes pour le développement des compétences utiles pour l'amélioration de la qualité des soins et pour favoriser l'évolution des activités au sein du pôle.

Il ne saurait être question ici de définir de façon exhaustive les compétences requises pour cette nouvelle fonction, d'autant qu'elles seront sans doute assez différentes suivant les organisations, en fonction des délégations négociées dans le cadre des contractualisations internes des établissements. Les rôles respectifs des acteurs du trio vont encore se préciser au décours des expériences, suivant les problèmes à résoudre et en fonction des objectifs à atteindre, sans compter l'influence des équations personnelles.

Toutefois, on peut d'ores et déjà affirmer que ce n'est pas l'expertise dans le métier de santé d'origine qui devrait prévaloir dans les critères de choix pour l'accès à cette nouvelle responsabilité. Les aptitudes à se situer dans les orientations stratégiques et à promouvoir les coopérations indispensables pour la réussite de la politique de pôle engagée, les capacités à prévoir les répercussions des projets sur l'organisation des soins et à en assurer la gestion socio-économique, les compétences pour organiser l'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées par l'ensemble des acteurs doivent être privilégiées pour remplir les missions dévolues à cette fonction cadre au cœur de la réforme hospitalière.

Les exemples de cadres issus des filières médico-techniques et de rééducation prenant la responsabilité de pôles d'activités cliniques se multiplient et se multiplieront de plus en plus.

A l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris un kinésithérapeute est cadre paramédical d'un pôle médico-chirurgical. Ce n'est donc pas une utopie mais le résultat d'une reconnaissance des compétences managériales qui sont à la portée de tout (cadre) masseur kinésithérapeute.

C'est en approfondissant leurs expériences managériales en soins et en conduite de projets transversaux, en développant des compétences de réorganisateur des prises en charge et de gestionnaire d'activités hospitalières, que les cadres de santé des filières de rééducation et médicotechnique pourront accéder à cette fonction plus couramment attribuée à des cadres de santé infirmiers.



Le CNKS estime...

...qu'il y a aujourd'hui l'occasion avec le travail engagé pour la mise en place de la VAE et du LMD - de poursuivre et d'accentuer l'axe profondément réformateur du texte de la formation cadre de santé de 1995... dont nos collègues Philippe Stévenin et Yves Cottret (tous deux cadres kinésithérapeutes) avaient été les instigateurs principaux mais aussi les expérimentateurs dès 1988, et *in fine* les promoteurs. Les missions confiées aux cadres de santé avec la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance soulignent la nécessité de préserver les deux facettes d'acquisition de capacités, managériale et pédagogique, qui autorisent leur utilisation croisée dans les diverses fonctions sur le terrain hospitalier, dans les instituts, et pour les projets transversaux.

(4) Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. 2004, pp 78 - 81.

(5) I.F.C.S. DE L'AP-HP. Une équipe à la recherche d'un niveau supérieur dans la qualité de la formation. Rapport d'étude. Juin 2002, 81 p.

(6) Eric Roussel. Les référentiels professionnels cadre de santé : Quels usages pour gérer les compétences dans un système complexe ? Mémoire ENSP, juin 2004, 65p.

LE CADRE PARAMÉDICAL DE PÔLE

IDENTIFICATION DU POSTE

Fonction : Cadre paramédical du pôle

Corps : Cadre supérieur ou cadre de santé (selon la taille de l'établissement)

Position dans la structure :

Liaisons hiérarchiques

- Il est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'hôpital et du coordonnateur général des soins.
- Il est placé sous l'autorité fonctionnelle du praticien responsable du pôle.

Liaisons fonctionnelles

- Les cadres supérieurs ou cadres du pôle.
- Cadre administratif du pôle.
- Chefs de service et médecins du pôle.
- Equipes des directions fonctionnelles de l'hôpital.
- Responsables des autres pôles.

Présentation générale du pôle : (doit être intégrée ici une présentation succincte du pôle, de ces activités et de son projet)

Nota : à la tête du pôle est placé un praticien responsable désigné par la Direction Générale, le Président de la CME (et le Doyen dans les CHU). Ce responsable est assisté par un cadre paramédical, et un cadre administratif. Ils constituent l'exécutif du Pôle. Le Pôle définit un projet de pôle décrivant notamment le projet médical, le projet qualité, l'organisation, le projet de soin et le projet managérial.

Ce projet constitue une base du contrat de pôle que signe le praticien responsable du pôle avec le directeur de l'hôpital et le Président de la CME ; ce contrat précise les objectifs quantitatifs et qualitatifs à atteindre au sein du pôle.

Le pôle prend des décisions et gère des moyens dans le cadre de la délégation de gestion définie par le directeur de l'hôpital. Le directeur de l'hôpital peut déléguer sa signature au praticien responsable de pôle, et en cas d'empêchement aux cadres qui l'assistent au sein de l'exécutif du pôle.

MISSIONS DU POSTE

MISSIONS GÉNÉRALES

- Il assure en partenariat avec le praticien responsable et le cadre administratif du pôle l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence.
- Il contribue à la définition, à la déclinaison et à l'évaluation de la politique de soins et de management de l'hôpital au sein du pôle
- Il contribue à l'élaboration du projet de soins.

MISSIONS PERMANENTES

- Il contribue à l'élaboration du projet de pôle et à la définition des objectifs, en cohérence avec le projet d'hôpital et en particulier le projet de soins et le projet social.
- Il s'assure, en collaboration avec le praticien responsable et le cadre administratif du pôle, de la mise en œuvre et de la réalisation des objectifs du pôle.
- Il est garant de la continuité, la sécurité des soins et des prestations au sein de l'organisation.
- Il définit les missions et les responsabilités de ses collaborateurs.
- Il assure, en collaboration avec l'encadrement paramédical, la gestion des ressources du pôle en regard de l'activité.
- Il coordonne, accompagne et évalue les missions des cadres supérieurs ou cadres rattachés au pôle. Il anime les équipes d'encadrement.
- Il développe la politique ressources humaines du pôle (recrutement, développement des compétences, accueil et intégration des stagiaires).
- Il prépare le budget, en collaboration avec le praticien responsable de pôle, le cadre administratif de pôle, les responsables des structures internes du pôle et l'encadrement paramédical.
- Il participe à l'élaboration du plan de travaux et le plan d'équipement du pôle.
- Il met en place une politique de communication intra et inter pôles.

COMPÉTENCES REQUISES

Expérience professionnelle : Une expérience minimum de 5 ans dans l'encadrement de service ou dans la conduite de projets transversaux.

Qualités professionnelles :

- Goût de l'innovation et de l'expérimentation.
- Capacité à argumenter et à communiquer.
- Sens de l'organisation et capacité d'anticipation.
- Intérêt pour les domaines diversifiés de la gestion hospitalière.

CONNAISSANCES SOUHAITÉES OU À ACQUÉRIR PAR FORMATION

Connaissances particulières :

- Connaissance des aspects réglementaires (législation professionnelle, statuts de la fonction publique, T2A, marchés publics, réglementation en matière de temps de travail).
- Connaissance en management d'équipe, Connaissance des outils de gestion informatisés.

Formation et/ou qualification :

- Diplôme cadre de santé indispensable.
- Master de sciences et techniques de gestion de l'organisation sanitaire et sociale ou Master en sciences sanitaire et sociale.

Une formation complémentaire sera proposée en fonction des connaissances à acquérir.

au cœur de la formation

Andrée Gibelin, Chef kinésithérapeute
Didier Lantz, Cadre supérieur MK

→ Stages cliniques : deux exemples d'accueil des étudiants



EN RHONES ALPES : CENTRE MEDICAL DE L'ARGENTIÈRE

En Rhône Alpes, il n'existe pas de référentiel régional concernant l'accueil des étudiants, les objectifs à atteindre et les modalités pratiques. Chaque IFMK indique aux terrains de stage ses propres consignes.

Le Centre Médical, CRF d'une capacité de **172 lits**, dont les spécificités sont la brûlologie, la neurologie centrale et l'orthopédie traumatologie est doté d'une équipe de **24 Masseurs Kinésithérapeutes**. La capacité d'accueil des étudiants est de cinq en simultané.

Nous recevons en moyenne **25 étudiants par an**, issus d'au moins 8 IFMK différents, de différentes régions (Rhône Alpes, Auvergne, Ile de France, Est, Languedoc, Belgique).

Les étudiants effectuent des stages uniquement en Temps Plein, d'une durée comprise entre 3 et 12 semaines. Ils sont susceptibles de réaliser leur mémoire de fin d'études au sein de notre établissement. La plupart d'entre eux sont hébergés sur place. Cette expérience d'accueil est longue, puisque qu'elle dure depuis plus de 30 ans. Nous avons mis en place une procédure d'accueil de ces étudiants.

Sur le plan administratif, ils réalisent la première semaine, un circuit, leur permettant d'identifier les différents secteurs de l'établissement : administration, services logistiques (self, lingerie, responsables de rééducation), circuit repéré par une fiche papier contresignée par les intervenants. Un livret d'accueil leur est remis, contenant le règlement intérieur.

Un entretien est prévu de manière systématique avec l'unité d'hygiène hospitalière, dont l'objectif est de repréciser les règles concernant l'hygiène de base et les mesures particulières mises en place dans l'établissement.

Sur le plan pédagogique : chaque équipe, sur le terrain est directement responsable du suivi de l'étudiant. Les fiches d'évaluation propres à chaque institut leur sont communiquées en début de stage.

Une mise au point est prévue une fois par semaine afin de pouvoir recadrer le plus rapidement possible les points faibles et valoriser les points forts.

Les deux premiers jours sont consacrés à l'observation, et à l'intégration au sein de l'équipe. Les étudiants sont en charge de patients dont le référent diplômé est identifié, et aucun étudiant ne doit se trouver seul sur un plateau technique. Chaque semaine, chaque étudiant est mis en situation professionnelle, et le groupe d'étudiants assiste et participe à l'évaluation.

L'objectif de cette pratique est de favoriser une dynamique de groupe, de développer l'esprit critique et d'améliorer les connaissances pratiques.

La première mise en situation est faite avec un patient connu de l'étudiant, afin de limiter le phénomène de stress inhérent à l'examen et ainsi de lui donner la possibilité d'insister sur le travail d'expression orale devant un jury.

Une auto critique est demandée systématiquement, suivie d'une critique constructive émanant du groupe d'étudiants, et une synthèse reprenant les points essentiels est donnée par le ou les référents professionnels. Tous les Masseurs Kinésithérapeutes, non cadres ou cadres peuvent être référents, la

“ Nous recevons
25 étudiants
issus d'au moins
8 IFKM différents. ”





présence d'un cadre est obligatoire lors de la dernière MSP. Des topos spécifiques, en particulier concernant la brûlologie et la neurologie sont mis en place et assurés par des membres de l'équipe, cadres et non cadres ou par des médecins.

Cet accueil n'est possible que parce qu'il s'appuie sur l'ensemble des praticiens.

EN ILE DE FRANCE : HOPITAL COCHIN

Dans la suite des travaux communs réalisés depuis 1996, par des groupes de travail constitués de cadres et de kinésithérapeutes tuteurs de stages et de cadres des IFMK d'Ile de France qui ont mené diverses réflexions et produit, entre autres, une grille d'aide à la décision pour "uniformiser" les MSP du DE et les soutenances des travaux écrits, une charte de stage, des livrets de stages avec des critères d'évaluation ont été élaborés. Dans le même esprit d'harmonisation que les travaux précédents, un groupe de cadres et de tuteurs s'est constitué, entre 2002 et 2004, pour proposer un support d'évaluation commun, utilisé depuis par de plus en plus de terrains de stages y compris hors région.

Cette fiche d'aptitude et d'évaluation a évolué avec le concours d'équipes qui ont réalisé des tests sur plusieurs sessions de stage. Ensuite une enquête de satisfaction a montré l'intérêt d'un tel outil dans la complexité des stages cliniques en Ile de France, qui regroupe 10 instituts, plus de 200 terrains de stages, pour plus de 1000 étudiants en stages cliniques à chaque période.

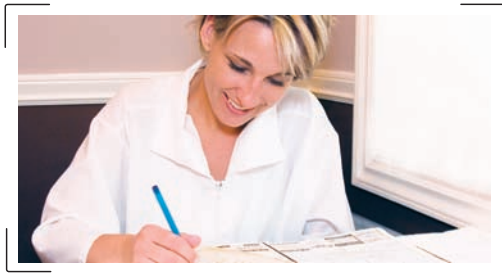
La grille est composée d'éléments administratifs, d'objectifs généraux et thérapeutiques, d'objectifs spécifiques à proposer par le terrain de stage, d'objectifs négociés entre étudiant et tuteur au cours de la première évaluation, d'une note d'examen de stage, et de commentaires du tuteur et de l'étudiant sur l'évolution de ses "performances" pendant le stage.

Le principe de validation du stage repose sur la progression de l'étudiant en stage entre l'évaluation en début et l'évaluation en fin de stage. Certains

critères, grisés, sont obligatoires. S'ils n'ont pas progressé le stage n'est pas validé. Egalement non validation si 25% des autres critères n'ont pas progressé. De même un événement grave, surtout comportemental, est motif de non validation.

Cochin a participé au groupe de travail. Pendant les phases de développement, les tuteurs des différents secteurs d'accueil des stagiaires ont réalisé des grilles de critères spécifiques accompagnées d'une présentation des thèmes abordés et du service. Les critères spécifiques des secteurs d'accueil représentent le minimum qu'un étudiant doit s'approprier pendant son stage. Le niveau d'exigence est différent entre les secteurs dédiés aux K3 de ceux qui reçoivent des K2. Ces grilles sont remplies dans les mêmes conditions que la grille commune.

J'ai également ajouté ce que nous appelons le "Parcours de stage". L'étudiant rédige ce qu'il a fait, nombre de bilans, de prises en charge, avec ou "sans" tuteur, les difficultés rencontrées, les particularités de ses actions. Cela permet d'avoir une "mémoire" du stage. S'il a participé à des activités particulières comme la prise en charge d'un groupe, une implication dans la réalisation d'une attelle, a montré un intérêt pour un protocole, ceci est validé par le tuteur et un cadre, et peut indiquer à un futur employeur une expérience pour un poste envisagé.



Notre livret est composé d'autres éléments, en particulier une grille d'évaluation des MSP, systématiques examens de stage des K2 et K3, réalisées selon les modalités de l'Ile de France, en présence de 3 jurés minimum, 2 professionnels dont 1 cadre, et 1 étudiant. 1h30 à 2h sont consacrées à l'analyse de la MSP.

Au cours du stage nous faisons réaliser, par chaque étudiant, même les K1, la présentation d'un cas clinique, dans un temps limité à 10 mn, suivi de questions/réponses avec la salle. Les étudiants sont évalués sur le fond et la forme de leur présentation mais aussi pour ceux qui écoutent sur la pertinence de leurs questions.

Ces initiatives, qui peuvent encore s'améliorer, indiquent que des terrains de stages sont aptes à réaliser des évaluations fiables qui devraient avoir une réelle valeur dans le cursus.

Q U I C K M É D I C A L S E R V I C E

DIVISION
KINÉ



Ciblez votre avenir en **Intérim, CDI, CDD.**

Avec Quick Médical Service vous bénéficierez des avantages suivants:

- Missions partout en France
- Participation aux bénéfices
- Prise en charge logement et déplacement
- Formations
- Tous types de services
- Mutuelle complémentaire
- Comité d'entreprise
- Prêts Bancaires...

Gagnez de la sérénité en confiant vos projets à votre interlocuteur Kiné.

Quick Médical Service et sa division kiné,
un réseau de 85 agences de proximité
à votre écoute !

N° Indigo 0 825 08 22 55

0,150 € TTC / MN

MKDE@quickmedicalserservice.fr



PREMIER RÉSEAU EUROPÉEN DE TRAVAIL TEMPORAIRE PARAMÉDICAL

Etablissement public de soins de suite et de réadaptation

Situé à 15 kms de Rambouillet, à 17 kms d'Orsay
et à 35 mn de Paris (accès RER, autoroute)

RECRUTE

URGENT

KINESITHERAPEUTE D.E

Prise en charge enfants de 0 à 17 ans

Remplacement d'un agent en congé maternité du
02/04/2007 au 05/08/2007



Adresser lettre de motivation + CV à :
H. P. R. de BULLION
Monsieur le Directeur
78830 BULLION



le centre hospitalier régional d'ORLEANS

(établissement de 1477 lits et 37 places) composé de six sites
Situé à 1 heure de Paris

R E C R U T E

Des masseurs kinésithérapeutes
Recrutement possible par mutation

C O N T A C T E R

Monsieur Grégoire DAVID-BOYET
masseur-kinésithérapeute cadre de santé
Par téléphone au 02 38 22 98 13
ou par e-mail : gregoire.david-boyet@chr-orleans.fr



Kaléidoscope

Emploi(s) de Kinésithérapeutes
situation (très) tendue

Il n'est pas un jour qui passe sans que les collègues cadres, les DRH et directeurs de soins de petits ou de gros établissements de santé, du nord au sud et de l'est à l'ouest du territoire ne manifestent leurs difficultés et leurs inquiétudes à "couvrir" les postes vacants. Un niveau de pénurie de recrutement rarement égalé semble-t-il et ce malgré la légère augmentation des quotas.

Hughes R. accuse un déficit de 7 postes dans un grand CHU dont l'héliotropisme ne le préserve pas. Christophe P., cadre dans un CH de l'est, m'indiquait récemment le déficit de 4 kinésithérapeutes sur une équipe théorique de 12,5 kinésithérapeutes.

Sa collègue, cadre dans le CHU de la même région, et qui rencontre des difficultés similaires nous écrit "comme beaucoup d'autres cadres MK je pense, je suis inquiète devant la grande difficulté, voire l'impossibilité de recruter des MK dans la FPH". Une inquiétude qui s'accroît du fait du prochain départ massif - toutes catégories confondues dont les kinésithérapeutes - à la retraite.

Quelle qualité et quelle quantité d'offre de soins kinésithérapiques l'hôpital public de demain va-t-il pouvoir offrir ? Quelles sont les causes de ce mal : le manque d'attractivité salariale ? les conditions de travail ? la diminution de la dms ? l'absence de

Pour vous professionnels de la santé, DRH
(hôpitaux publics, hôpitaux privés, cliniques,

kinéscope OUVRE

Contact Annonce
Cithéa Communication

Edwige Gelos
Tél. : 01 53 92 09 00
Fax : 01 53 92 09 02
e-mail : edwige.gelos.cithea@wanadoo.fr

s dans les établissements de santé :

considération, de reconnaissance, ou de possibilité de carrière du métier ? la féminisation des équipes - et le temps partiel compréhensible qui en découle - accentue-t-il ou régule-t-il le phénomène ? l'évolution des SSR va-t-elle engendrer le même processus dans ces établissements ?

Classé au rang des 20 métiers les plus sensibles par l'observatoire de la FPH le métier de kinésithérapeute hospitalier fera l'objet, à compter du mois de juin, d'une étude par la DHOS (dont le pré-lancement aura lieu à l'occasion des JNKS Marseille 2007). Que pourra-t-il être envisagé concrètement pour répondre aux besoins ? la pré-contractualisation avec les étudiants pour s'assurer de leur attachement durant quelques années ? la création d'aides-kinésithérapeutes ? le transfert ou la délégation de tâches à d'autres métiers déjà existants ? pour quoi faire ?

Problème épineux, solutions diaphanes ; le CNKS lance une enquête et crée une commission pour préparer les discussions avec le ministère. Vos avis nous intéressent ...n'hésitez pas à nous faire part de vos données chiffrées, de vos parades, de vos suggestions ...

CNKS 127 avenue de Clichy 75017 Paris

En attendant Kinéscope ouvre ses colonnes aux offres d'emploi ...

et responsables d'établissements
s, centres de rééducation etc...)

UN ESPACE DÉDIÉ À L'EMPLOI



L'AP-HM

**RECRUTE DES KINESITHEAPEUTES,
POUR SES DIFFERENTS SITES HOSPITALIERS,
DONT LES ACTIVITES SONT EN CONSTANTE
PROGRESSION, CHIRURGIE DE POINTE,
REANIMATION ET AUTRES SECTEURS DE SOINS.**

**POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS,
CONTACTEZ :
MONSIEUR ROGER
04 91 38 73 29 - 06 11 10 51 76**



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**



Le Centre Henri BECQUEREL
Centre Régional de Lutte contre le Cancer de
Haute-Normandie

**RECRUTE UN
Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
poste mi-temps**

Activité de Masseur Kinésithérapeute D.E. hospitalier
dans un établissement de 120 lits d'hospitalisation
(Chirurgie, Médecine Oncologique, Hématologie)
et 36 places d'hôpital de jour.

**Adresser lettre de motivation et CV au Service des
Ressources Humaines du Centre Henri BECQUEREL
Rue d'Amiens - 76038 ROUEN Cedex
ou ngallais@rouen.fnclcc.fr**

LE CENTRE HOSPITALIER ARIEGE COUSERANS



5 pôles cliniques dont « Hospitalisation Générale » (M.C.O + urgences)
870 salariés
Sous préfecture axée sur le tourisme, au pied des Pyrénées ariégeoises
(40 minutes de Guzet-neige et 1 heure de Toulouse)

**Pour constituer son équipe pluridisciplinaire
de 62 professionnels,
en prévision de l'ouverture en décembre 2007**

D'UN CENTRE DE READAPTATION NEUROLOGIQUE DE 20 LITS
(financement national – locaux neufs adaptés – NTIC et domotique)
ET D'UNE UNITE DE 6 LITS DE SOINS INTENSIFS RESPIRATOIRES

RECHERCHE

**5 MASSEURS – KINESITHERAPEUTES – H/F
à temps plein ou à temps partiel**

Une expérience dans un service similaire est souhaitée,
ainsi qu'un intérêt pour les Nouvelles Technologies d'Information
et de Communication et la domotique

Possibilité de recrutement pour le conjoint hospitalier

Adresser lettre de motivation + CV à :
Christian CHATELAS - Directeur des Ressources Humaines
BP 111 09201 SAINT GIRONS Cedex
E-mail : c.chatelas@ch-ariège-couserans.fr

Renseignements auprès de :
Cyrille ALEXANDRE, Cadre Supérieur de Santé

tél. : 05 61 96 22 71

E-mail : c.alexandre@ch-ariège-couserans.fr

Kaléidoscope

Salaires

→ Claude Dumur, Secrétaire national SNKS

→ Les kinésithérapeutes salariés sont-ils mal payés ?

Répondre non serait provocateur et irait à l'encontre de l'opinion généralement répandue, répondre oui serait ignorer le niveau des salaires en France ! Tour d'horizon avec l'INSEE d'une réalité mal connue...

En 2004, le **saire mensuel net médian** des salariés à temps complet des entreprises du secteur privé et du secteur semi-public (soit 15,5 millions de salariés) s'élève à **1483 €**, ce qui veut dire que la moitié des salariés français (1er et 2ème quartiles) gagnent moins de 1483 € net par mois.

Concernant les agents de l'État, le salaire mensuel net médian, pour un temps complet, s'élève à **1927 €**. La moitié des fonctionnaires gagnent donc moins de 1927 € net par mois.

La différence entre le secteur privé et le secteur public (+ 30% en faveur du public) s'explique essentiellement par un niveau moyen de qualification nettement plus élevé chez les agents de l'État.

➔ **Concernant l'éventail des salaires** dans le secteur privé, on constate que les 10% de salariés les moins payés gagnent moins de 1005 € net par mois, alors que les 10% de salariés les mieux payés gagnent plus de 2960 € net par mois. L'éventail des salaires, pour 90% des salariés, va donc à peine de 1 à 3. Ce constat corrobore la donnée sociale qui nous dit que 9 salariés sur 10 gagnent de 1 à 3 SMIC.

Dans le secteur public, les 10% de salariés les moins payés gagnent moins de 1263 € net par mois, alors que les 10% de salariés les mieux payés gagnent plus de 3106 € net par mois. L'éventail des salaires est donc moins large dans le public (1 à 2,5).

➔ **Concernant les 6492 kinésithérapeutes salariés du secteur privé**, on note que leur niveau nominal de rémunération nette mensuelle les place très majoritairement :

- dans le haut du 3ème quartile (qui va de 1483 € à 2055 €) pour les MK non cadres
- à cheval sur le 3ème quartile et le dernier quartile (plus de 2055 €) pour les MK cadres

Ce positionnement correspond *in fine* à la situation salariale moyenne calculée par l'INSEE concernant les professions intermédiaires et les cadres : les kinésithérapeutes salariés non cadres se situent au niveau des professions intermédiaires (1875 € net par mois en moyenne) et les kinésithérapeutes salariés cadres sont à mi-distance entre les professions intermédiaires (1875 €) et les cadres (3637 €).

➔ **Concernant les 6588 kinésithérapeutes salariés du secteur public**, on observe pratiquement le même positionnement à l'intérieur cette fois de la distribution des salaires par quartile dans la fonction publique : les MK non cadres se situent au bas du 3ème quartile (qui va de 1927 € à 2413 €), les MK cadres étant à cheval sur le 3ème et le dernier quartile (plus de 2413 €).

Alors que l'insatisfaction en matière de salaire est grande chez bon nombre de nos confrères salariés, force est de constater que leur rémunération les place globalement au niveau de qualification qui est le leur.

La sensation de frustration vient, il est vrai, d'une certaine méconnaissance des niveaux de rémunération en France, mais aussi de l'évolution calamiteuse des salaires depuis la réduction du temps de travail et bien sûr de la comparaison avec les revenus des MK libéraux...

Les sources de financement des établissements et leur multiplicité (sécurité sociale, conseils généraux, État) donnent aux pouvoirs publics la haute main sur le pilotage de la masse salariale des personnels soignants. Le cadrage de plus en plus drastique des dépenses de santé ne devrait donc pas rimer, demain, avec augmentation du pouvoir d'achat...



au cœur du métier

Pierre-Henri Haller, Cadre kinésithérapeute
À la mémoire de François Boureau

→ Douleur(s) & kinésithérapie

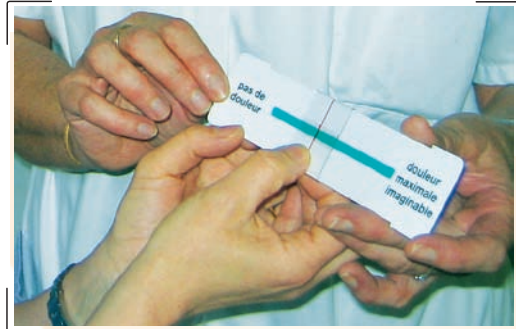
Omniprésente en kinésithérapie, aussi bien chez le petit enfant que chez l'adulte âgé, aussi bien chez le jeune sportif traumatisé, le sédentaire que le travailleur de force, aussi bien chez le patient opéré que le patient atteint de cancer... la douleur est source d'une rencontre thérapeutique, **"aidez-moi, j'ai mal..."**, qui nous confronte à nos limites : il est souvent difficile d'écouter, de soigner et d'éduquer le patient douloureux.

Un dossier sur la **douleur**, parce notre éthique et notre décret d'actes professionnels nous engagent à l'accueil de la souffrance de l'Autre, parce qu'il n'y a pas une mais des douleurs et parce que la douleur s'anticipe, s'évalue et se traite en équipe interprofessionnelle.

La douleur, une situation de handicap

La douleur a été définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage.

La douleur est un phénomène physiologique d'alerte, une expérience mémorisée, donnant lieu à un comportement réactionnel voire appris et une émotion intime et personnelle, mettant en jeu notre culture, notre relation au monde et nos projets. La douleur constitue une situation de handicap à la fois **déficiencie** – un ligament traumatisé, un muscle contusionné, un nerf lésé, une peau brûlée – **incapacité** – je suis empêché de porter une charge, de respirer, de déambuler – et **désavantage** – par ses répercussions sur ma vie professionnelle ou personnelle et sur mon autonomie.



Pas une mais des douleurs

Des récepteurs de la douleur sont stimulés, c'est la douleur par excès de nociception : par exemple les douleurs post-opératoires ou post-traumatiques, qui tendent à diminuer sous antalgiques classiques (anti-inflammatoires ou morphiniques).

Lorsque le système nerveux est lésé, des dysesthésies douloureuses (brûlures, picotement, décharges électriques) apparaissent : compressions (sciatiques, névralgies...), douleurs de membre fantôme, lésions centrales ou médullaires, déséquilibres neuro-végétatifs... Ces douleurs sont difficiles à soigner avec les antalgiques classiques. Certains anti-épileptiques ou anti-dépresseurs sont utilisés.

D'autres douleurs sont dites psychogènes, lorsqu'il est difficile de mettre en évidence une cause organique, mais qu'un trouble psychique est réel et incarné.

La douleur aiguë a un mécanisme souvent simple, isolé, répondant à un traitement curatif bien mené. Avec la douleur chronique qui dure depuis plus de trois à six mois, les conséquences psychosociales prennent le pas sur le mécanisme lésionnel initial, entraînant d'importantes répercussions sur la qualité de vie : retentissements psychologiques, bénéfiques secondaires, sociaux (professionnels et familiaux), et comportementaux (évitement, peur du mouvement).

Plusieurs composantes à évaluer

La première condition de l'évaluation est de **croire** celui qui souffre. Une écoute bienveillante, sans a priori, permet une évaluation la plus exhaustive possible.

“ La pre
est de

La douleur est décrite selon quatre composantes intimement liées, à évaluer et à traiter :

La composante sensori-discriminative, renseigne sur l'intensité de la douleur, sa localisation, ses horaires, et ses qualités. **La composante cognitive** donne un sens symbolique à la sensation perçue. Cette composante cognitive est liée à ses croyances, à son histoire, à sa situation et ses projets de vie, la personne douloureuse, essayant de trouver une explication à sa douleur. **La composante affectivo-émotionnelle** est la part psychique de ce qui est induit ou majoré par la douleur, à savoir le trait anxieux, inquiétude de l'avenir, ou le trait dépressif, tristesse du passé. **La composante comportementale** décrit l'ensemble de nos réactions verbales ou non qui accompagnent la douleur. Les pleurs, les cris, les rictus, les attitudes antalgiques et les phénomènes de prostration sont des indices de la présence de douleur au même titre que l'invasion du langage par la plainte.

Les outils d'évaluation les plus connus sont les échelles unidimensionnelles d'intensité comme l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), l'Echelle

un éducateur, un accompagnateur et un orienteur.

Les techniques antalgiques non médicamenteuses sont connues : le massage, la physiothérapie, la relaxation, les thérapies manuelles ont montré leurs effets antalgiques. Les conditions de la rééducation constituent en elles-mêmes un effet potentialisant les techniques à ne pas négliger (effet placebo). La dimension éducative de la rééducation, place le patient en situation d'apprentissage d'une meilleure gestion de la douleur aiguë ou chronique, lui permettant de faire face et de se confronter progressivement aux activités.

Prévenir les actes douloureux en équipes interprofessionnelles : MK, CLUD et réseaux

Les plans gouvernementaux, les référentiels de certification, les recommandations professionnelles ont contribué à une prise de conscience et une amélioration des soins. La prévention par pompes antalgiques ou "gaz Meopa" (...), des gestes douloureux de rééducation tels que certaines mobilisations articulaires ou manœuvres de kinésithérapie respiratoire, s'organisent en équipes interprofessionnelles.

Les Comités de Lutte contre la Douleur et les réseaux de soins s'ouvrent aux rééducateurs. Des diplômes universitaires dispensés par les Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur peuvent aider le kinésithérapeute à développer des savoirs spécifiques.

Ainsi, soigner la douleur d'une personne c'est soigner une personne dans une situation de douleur qui lui suscite un désavantage qu'il convient d'évaluer, afin de lui proposer une stratégie de soin, d'accompagnement et d'éducation, originale et créative.

La première condition de croire celui qui souffre"

Numérique et l'Echelle Verbale Simple. Ces échelles sont simples et rapides à utiliser. D'autres échelles d'évaluation doivent les compléter : schéma de zones douloureuses, questionnaires d'adjectifs, impact comportementaux, score d'anxiété-dépression...

Les difficultés de communication avec le patient – très jeune, très âgé ou en situation de réanimation ou de fin de vie – nous incitent à utiliser d'autres évaluations basées sur l'observation des variations de comportement et neurophysiologiques.

Traiter et éduquer le patient douloureux

Le bilan diagnostic problématise l'examen clinique, les données physiopathologiques et le vécu de la personne. Il prépare notre stratégie thérapeutique. Face à la douleur et selon les situations vont être associés des soins à visée éducative, préventive, curative et palliative, faisant du kinésithérapeute un évaluateur, un technicien,



Pour en savoir plus :

La douleur en question

www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/3-pratique/ladouleur-renquestions.pdf

Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

www.cnr.fr

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

www.sfetd.org

Recommandations HAS, rubrique Professionnels de Santé, Publications, Algologie-Douleur.

www.has-sante.fr

Douleur(s) & kinésithérapie

→ Témoignages et expériences spécifiques

Douleur chronique

Elisabeth de Marqué, MK, Coubert (77)

Quelles sont pour le patient les conséquences d'une douleur qui dure plus de 6 mois ? Physiques ? Fonctionnelles ? Comportementales ? Cognitives ? Psychologiques ? Sociales ? Le patient arrive avec sa plainte "j'ai mal".

Le thérapeute peut entendre et mettre en évidence "je suis raide, je ne peux plus... j'évite de..., je pense que..., je n'ai plus envie de..., je ne sors plus..., je ne travaille plus". Et surtout le kinésithérapeute entend "J'ai peur. J'ai peur de la douleur, de bouger, de l'activité, que ce soit grave". Il entend aussi "je ne suis plus capable".

Comment entendre ces plaintes non exprimées ? Il suffit bien souvent de poser les bonnes questions. Ces plaintes sont-elles conséquences ou bien causes ? Ainsi se construisent les cercles vicieux de la douleur chronique.

Pour démêler ces cercles et rassurer le patient le kinésithérapeute possède un atout indispensable : le mouvement. "je suis moins raide, je peux marcher 2 km, je conduis, j'ai compris mon diagnostic, je me sens moins fragile...".

Aspects pédiatriques

Bertrand Bové, CDS, MK, Margency (95)

L'enfant présente du point de vue de la douleur des particularités physiologiques et psychologiques. Chez l'enfant, la douleur a un impact redoutable sur la qualité de vie et sur la croissance somatique et intellectuelle. Au-delà de l'expression verbale volontaire pas toujours possible, la sémiologie de la douleur de l'enfant se découpe en trois catégories : les signes émotionnels (peu fiables), les signes directs et l'atonie psychomotrice. La douleur s'exprime de façon diphasique (prépondérance émotionnelle puis atonie). Le choix d'un outil d'évaluation tient compte de l'âge et de la phase d'expression. Les techniques de relaxation et de distraction ainsi que le massage (y compris chez le nouveau né) sont des techniques non médicamenteuses de choix. L'utilisation d'antalgiques peut être nécessaire pour rendre la rééducation confortable, dans ce cas le kinésithérapeute doit tenir compte de cette situation particulière. La prise en charge de la douleur pédiatrique nécessite une réflexion de fond et une étroite collaboration entre les professionnels, le patient et les parents.

Douleur et soins palliatifs

William Sraiki, CS MK, Créteil (94)

Face à la maladie grave, le masseur-kinésithérapeute, au delà de la douleur du corps, rencontre la souffrance du patient. La tristesse de la perte d'une autonomie passée et la peur d'un avenir incertain, crainte physique, psychologique, religieuse, spirituelle, sociale, familiale, professionnelle...

Les soins palliatifs sont des soins actifs, pratiqués par une équipe interprofessionnelle, orientés vers la lutte contre les douleurs et les inconforts de la maladie et de ses traitements, plutôt que sur la maladie elle-même. Il ne s'agit plus de guérir mais de soulager, plus de conduire le patient mais de le laisser conduire et de l'accompagner.

Une fois le soulagement obtenu, le Sujet peut à nouveau réinvestir son corps. Le thérapeute doit travailler sa propre attitude devant la maladie grave et la fin de vie car il peut également ressentir une angoisse et y parer en construisant des mécanismes de défense. Son écoute et ses actes témoignent alors d'un doigté dans l'établissement de sa relation avec le malade afin de nouer une interaction dans la juste distance et la juste intention.

wellsystem™ MEDICAL VOTRE ACCÉLÉRATEUR BIEN ÊTRE



VOTRE ACCÉLÉRATEUR MINCEUR

Vous souhaitez :

- ⇒ Diversifier votre activité
- ⇒ Augmenter votre patientèle
- ⇒ Proposer un nouveau soin à vos patients
- ⇒ Accroître votre rentabilité



+

100% GAGNANT POUR VOTRE CABINET

Vous profitez du marketing et de la communication grand public de Courmayeur et **wellsystem MEDICAL** :

- Publicité presse nationale
- Des millions de triptyques insérés avec les packs d'eau courmayeur afin de faire connaître le réseau des coachs courmayeur
- Référencement professionnel sur les sites Courmayeur et Hydrojet System France
- Outils de communication nécessaires pour votre espace (carnet de rendez-vous, fiche bilan, affiche, drap de bain...)



Associée au **wellsystem MEDICAL**, l'eau minérale Courmayeur contribue à l'optimisation des soins pratiqués. Sa teneur en calcium pallie les éventuelles carences de l'organisme, son apport en magnésium soutient le moral et la volonté. Enfin, sa forte concentration en sulfates va contribuer à améliorer le transit intestinal et la diurèse favorisant ainsi une bonne élimination des toxines.

Hydro-Jet
System France
Créateur de massages...

www.hydrojetsystem-france.com

Pour tous renseignements :

N°Azur 0 810 400 423

(coût d'un appel local)

100% BIEN-ÊTRE POUR VOS PATIENTS

Avec l'acquisition du **wellsystem MEDICAL** vous proposez à vos patients un nouveau soin basé sur la technologie de l'hydro-massage, véritable massage thérapeutique pour le corps et l'esprit.

- PREVENTION
- SANTE
- RELAXATION
- FORME
- BEAUTE
- BIEN-ETRE

COMMENT DEVENIR COACH COURMAYEUR ?

A retourner à l'adresse suivante ou à faxer :

Hydro-Jet System France - Zone artisanale de Launay - Bâtiment AD Net - 14130 PONT L'ÉVÊQUE Fax. 02 31 81 91 68 - email : info@hydrojetsystem-france.com

je souhaite plus d'informations sur :

le réseau Coach Courmayeur **wellsystem MEDICAL**

Société.....Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Tél.....E-mail.....



Cellu M6[®] KM*i*

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 : _____



KINESCOPE - 02/07