kinéscope

Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

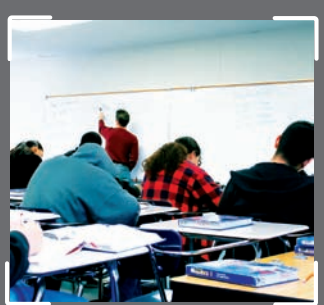
Kinésithérapie et société

Espace(s), lien(s) et interface(s) P05

→ P10 Recherche documentaire

→ P13 Accréditation et usagers

→ P17 Formation



Mai 2007
n°04

"L'avenir quotidien"

EDITION Santé Synergie

HerbaChaud®

L'emplâtre chauffant 100% NATUREL

Obtenez les MEILLEURS RÉSULTATS pour le traitement local de :

- lumbago
- contractions musculaires
- douleurs articulaires et musculaires
- congestions
- douleurs rhumatismales
- douleurs articulaires suite à un accident
- problèmes de sciatique
- douleurs dorsales
- syndrome bi (froid)
- douleurs arthritiques
- douleurs gynécologiques, syndrome prémenstruel
- douleurs de la nuque/des épaules
- blessures liées à la pratique d'un sport
- tour de rein

Très simple d'application
Chauffe pendant + de 12 h

OFFRE DE LANCEMENT
20 € au lieu de 25 € la boîte de 6 emplâtres
18 € pour toute commande de 3 boîtes ou plus + frais de port offerts !
Offre valable jusqu'au 31 août 2007
Frais de port : 5€

www.3bscientific.fr

Ostéologie

Anatomie

Catalogue gratuit sur simple demande

FRANCE 3B SCIENTIFIC
Premier fabricant mondial de matériel d'ostéologie et d'anatomie pour la formation

Catalogue Médecine et catalogue Thérapie

UNIQUE EN FRANCE ! Distribué en exclusivité par France 3B Scientific
8, rue Jean Monnet, ZI Parc 3 - 68870 Bartenheim - Tél. 03 89 70 75 20 - Fax : 03 89 70 75 21 - F3bs@3bscientific.com

30 MODELES

FRANCO & FILS

Z.I. - RN7
58320 POUGUES LES EAUX
Tél: 03-86-68-83-22
Fax: 03-86-68-55-95
www.francofils.com
info@francofils.com

CATALOGUE SUR DEMANDE

DEPUIS 1955 N°1 TABLE ELECTRIQUE

CONCEPTEUR

FABRICATION

D' APPAREILS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

Sommaire n°04 Mai 2007

Kaléidoscope
Espace(s), lien(s) et interface(s) P05

Publi-rédactionnel
LPG : le système Huber® P09

Au cœur de la recherche
De la bonne pratique de la recherche documentaire P10

Au cœur des organisations
Accréditation et usagers P13

Au cœur de la formation
Concepts et références (2ème partie) P15

Au cœur de la formation
A propos de savoirs P17

Au cœur des organisations
Accréditation et usagers (suite) P19

Au cœur du métier
Coopération au service des patients P22

Macroscope
Continuité des soins P26

Téléscope
Kinésithérapeutes d'ici et d'ailleurs P30

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 :
2ème trimestre 2007

Cithéa communication

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
cithea@wanadoo.fr
RCS PARIS B 422 962 233 - APE 744 A
SARL AU CAPITAL DE 40 000 €

Crédits photographiques
Fotolia.

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

CNKS au cœur du métier...

kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Périscope

"Il faut cultiver son jardin".
Voltaire [candide].

Nouvelle(s) donne(s) ? ...

Nouveau président de la république, nouveau gouvernement, nouveau plan Hôpital 2012... Nouveaux espoirs et nouvelles inquiétudes pour notre secteur d'activité, nos établissements, notre profession, nos métiers.
L'environnement change, la société change, le monde change ... l'histoire n'en finit pas d'écrire de nouvelles pages. Et pourtant nombreux sont ceux qui pensent que leur quotidien ne bouge pas ou alors pas dans le sens qu'ils souhaitent ; mais quel est-il ? celui de l'immobilisme ou celui du progrès ?

Les temps, espaces, liens et interfaces (de travail) de notre profession - comme de toute autre profession de santé - sont directement liés aux progrès technologiques, scientifiques, mais aussi à la commande sociale. Les démarches, protocoles, et obligations promulgués ces dernières années, tous aussi indispensables les uns que les autres, peuvent néanmoins interroger. Trop d'informations tuent l'information et trop de lois tuent la loi. Du désert on passe à la jungle... dur de s'y retrouver dans ce labyrinthe... *in fine* la constante est d'y (sur)vivre, de s'y complaire ou d'en sortir. L'idéal serait d'y être préparé et d'entamer le voyage avec les cartes et la boussole nécessaires. Trop d'entre nous "découvrent" en entrant en fonction que l'exercice professionnel ne se limite pas à sa technique et à son humanisme mais qu'il influe et impacte l'environnement social, juridique, économique... et subit, ou bénéficie, en retour sa réaction. Faites passer le message à vos stagiaires.

Le CNKS, qui n'est "thuriféraire" (*) de personne, réunit et mobilise les collègues qui souhaitent accompagner plutôt que subir le changement, initie et promeut des réflexions et études sur la profession et ses métiers... Les JNKS et Kinéscope - très apprécié selon l'enquête proposée dans le n° 2 - en témoignent et sont autant de "temps" et "d'espaces" pour accueillir "l'énergie" des auteurs et acteurs du CNKS et de ceux qui veulent s'y joindre.

... Gardons le cap !

Yves Cottret
Président du CNKS

(*) "porte encens" au sens de "porte valises"

Assurances
Privées et
Professionnelles

MACSF. Un nom difficile à retenir,
des assurés faciles à reconnaître.

Un assuré MACSF est un assuré heureux, et cela se voit. D'abord parce qu'il retrouve en nous les valeurs de professionnalisme, d'écoute et d'engagement qui l'animent chaque jour dans l'exercice de son métier. Ensuite parce qu'il sait que nous créons pour lui les produits qui correspondent à ses besoins. Car notre Conseil d'Administration représente les différentes spécialités du monde de la santé. Et c'est ainsi depuis plus de 70 ans.

INST_MAC - MACSF assurances - Entreprise régie par le Code des Assurances - SIREN n° 775 665 631.

Pour contacter la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français :
www.macsf.fr
3233*
* 0,10 € maximum la minute depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Ceux qui se consacrent
à la santé des autres ont besoin
que l'on se consacre à eux.

MACSF
groupe

PHYTODERMIE®

Gels à base d'huiles essentielles

MASSAGE

RÉÉDUCATION POST-TRAUMATIQUE

RÉÉDUCATION POST-OPÉRATOIRE

DERMASPORT Gel cryo,
Tube 125 ml et Flacon 500 ml
(gel d'application sur traumatismes
musculaires et articulaires)

Partenaires JNKS
Pour plus d'informations ou échantillons gratuits
Laboratoire EONA / PHYTODERMIE
Contactez-nous au 01 60 78 93 03
ou sur contact@phytodermie.com

Kaleïdoscope

Espace(s),lien(s) et interface(s)

éléments de la reconnaissance de la kinésithérapie hospitalière ?

→ **Yves Cottret, Président du CNKS**

LES MOTS DES MOTS

Pour se parler il faut pouvoir se comprendre... et réciproquement : de la nécessité de coopération des acteurs pour la coordination des activités. L'étonnante polysémie des mots de la langue française conduit à nombre d'incompréhensions. "*Traduttore, traditore*" : **le traducteur est un traître !** Il en va ainsi d'expressions et de mots employés à tort et à travers, les uns pour les autres, familiers du langage courant et dont la remise en question de leur mauvais emploi paraît souvent tout aussi déplacée... Et pourtant... ! les maux des mots cela existe. En route pour la jungle sémantique quotidienne où écouter ne permet pas toujours d'entendre.

L'expression "*prise en charge globale*" (PECG dans le texte) est telle le refrain d'un tube indémodable : elle fleurit sur toutes les lèvres des personnels de l'hôpital, tous grades, toutes catégories et toutes générations confondus. Bonne nouvelle se dit l'observateur externe : ils la partagent tous ! Las ! Que nenni ma foi ! Cet objet de convoitise, que tous revendiquent - en s'en faisant les seuls détenteurs - n'est pas le même selon les interlocuteurs ! Est-ce possible ? "*Une autre acception, différente de la mienne*", oserait exister s'écrient tous les protagonistes et autres spécialistes de la **PECG** ? De fait il existe un réel quiproquo entre les uns qui y voient la globalité des différentes prises en charges et les autres qui y voient la globalité de l'individu lors d'une prise en charge !

Les modèles de Communic'Action sont de précieux outils pour tenter de "com-prendre" ce leurre et ce qui s'apparente à son sosie à s'y "mé-prendre". Ainsi qu'il s'agisse d'une catégorie de personnes (enfant, adulte, personne âgée), d'une discipline, d'un processus tel par exemple la qualité, ou de tout autre thématique se pose à chaque fois la question de la finalité (le pour quoi) et surtout des modalités de la prise en charge.

Je, tu, il, nous... chacun au sein de l'hôpital agit - ou prétend agir - aujourd'hui au nom de la PEGC. Mais ***je, tu, il, et nous*** disent-ils la même chose ? Les discours des professionnels et de leurs représentants s'efforcent d'affirmer que l'action de la profession ou de la catégorie considérée s'inscrit, participe, voire procède de ce généreux concept. Si tout le monde s'y réfère c'est qu'il doit s'agir de la même chose ; saisissant raccourci, faisant de cette **PEGC** non seulement un concept généreux mais aussi un modèle efficace. Mais alors quel est donc au sein de

KINÉSITHÉRAPIE HOSPITALIÈRE : RECONNAISSANCE PAR LA VISIBILITÉ ET LA PARTICIPATION INSTITUTIONNELLE ?

Valérie Lozano, dans son mémoire de directeur des soins (La rééducation dans les CHU : Visibilité et participation institutionnelle 2005), s'interroge sur les "interactions professionnelles" des rééducateurs ; elle pointe "*les éléments de leur communication défavorables à leur visibilité : un faible sens institutionnel, l'absence de groupe des rééducateurs, un corps médical souvent dominateur, les incertitudes liées aux multiples hiérarchies, un encadrement pas toujours en position de force, et... le manque de traçabilité des actions, la difficulté à réaliser des publications professionnelles, des actions de recherche, de formation et d'enseignement pas connues*". Un constat sans concession qui souffre ça et là des exceptions mais reflète bien à notre sens tout à la fois une réalité et en tous cas une représentation (un imaginaire ?) fortement ancrée dans l'esprit des tutelles au sens très large du terme... quand ce n'est pas aussi celui de nos confrères libéraux. Un constat que nous souhaitons élargir à l'inefficace dualité entretenue entre les tenants des "*sciences dures*" et les tenants des "*sciences molles*" et qui contribue à donner une image diaphane de la profession*. Voilà qui nous renvoie à nouveau au sujet de la (re)connaissance... des autres, de l'un et de l'autre au travers de cet un et de cet autre, et donc de soi. Valérie Lozano y incite en proposant "*au delà de la visibilité l'enjeu est dans la participation de tous les acteurs et dans leur coopération*".

(*) **Magali Faroult** dans "Coopération au service des patients" (cf. page 22) interroge cette dualité.

cette idylle qualifiée (là aussi à tort et à travers, de pluriprofessionnelle) ce discours récurent sur le cloisonnement, l'absence de communication à l'hôpital qui vient démystifier la **PEGC** ?

Paradoxe évident qui ne semble déranger personne puisque ce sont les mêmes qui tiennent avec aplomb, détermination et même sincérité les deux discours !

Saine dissonance de discours entre recherche de pertinence individuelle et recherche de cohérence collective pour le patient ? ou bien, comme le remarque plus souvent qu'on ne le pense le patient - sans trop pouvoir, savoir ou oser le dire - réelle et profonde absence de coordination des activités, de coopération des acteurs ?

Juxtaposition, segmentation sont en fait les modèles d'action qui président encore à la prise en charge... qui n'est donc certainement pas globale ni coordonnée... du point de vue du patient s'entend. Bien sûr cette généralité souffre nombre d'exceptions : des espaces de soins telles la gérontologie, les réanimations, et d'autres encore semblent favoriser, nécessiter, contraindre, plus aisément cette recherche de coordination ; de même des regroupements associatifs - tel l'uiparm - ont démontré la faisabilité de coordonner réflexions et faire coopérer les hommes. Ne s'agit-il que d'une question de discipline ?

Les activités transversales (soins palliatifs, centre de traitement de la douleur...), les fédérations de moyens et autres nouvelles organisations hospitalières en pôles thématiques fondent-elles (au double sens de générer et de mêler) plus aisément ces attendus et fondamentaux du "global" que sont la pertinence et la cohérence ?

Il faut donc à l'hôpital comme en libéral et dans les réseaux ville hôpital se préoccuper de la globalité et de la coordination des actes et activités !

N'est-ce pas là que le modèle **inter** prend tout son sens ? Découper un rosbif nécessite une planche, un couteau, et le modèle de l'homogène, du simple. Découper un œuf, un poisson ou un poulet nécessite la dite planche, le dit couteau mais aussi le modèle de l'articulation, de l'interaction, du complexe.

Alors *in fine* cette **PEGC** ne serait-elle qu'incantation ou palilalie ? Ou bien le regard que chacun veut y porter serait-il entaché d'une erreur de parallaxe par manque de recul sur ses propres pratiques et par absence de re-connaissance des pratiques des autres ?

Cette re-con-naissance nécessite une démarche volontaire de con-naissance et de con-frontation dans la co-opération dénuée de toute recherche et de toute volonté de pouvoir hégémonique. Le terrain hospitalier est certes le décor par excellence de ce jeu d'acteurs mais les coulisses préparatoires à l'exercice - telle la formation initiale ou telle la formation continue - doivent être l'occasion de préparer le terreau et l'entretenir : c'est le "*longlife learning*" ou apprentissage tout au long de la vie.

Kinésithérapie Hospitalière : reconnaissance par l'écriture et la traçabilité ?

Dans un mémoire **Anne Pilotti**, kinésithérapeute par ailleurs doctorante, nous indique que "*l'écriture est un élément qui va venir perturber ces professionnels, elle est donc instituante*[1] *en ce qu'elle vient déranger des pratiques mais aussi des valeurs instituées. L'écriture entre difficilement dans les habitudes de travail bien qu'elle soit imposée. L'écriture devient importante, l'instituant vient troubler ce qui allait de soi*". A l'évidence, qui plus est s'agissant d'écriture informatique le phénomène générationnel peut majorer ou minorer ce trouble. La réglementation qui impose les bilans écrits confère à cet exercice - jugé supplémentaire - le statut d'acte professionnel. Parfois totalement intégré dans la production des actes quotidiens, parfois exigé sans être planifié, compté dans les taches, cet acte indirect est vécu comme source de valorisation de l'activité ou au contraire comme simple contrôle. Dans tous les cas il est fini le temps du "vivons heureux, vivons cachés". La responsabilité, corollaire dual de l'autonomie, exige la transparence et la traçabilité. Là encore il est nécessaire que les kinésithérapeutes, leur encadrement, les instituts de formation initiale, les organisations professionnelles accompagnent le mouvement, se forment et adaptent leurs mentalités et comportements à cette évolution des pratiques. Dans ce sujet de l'écriture, de la trace il y a un "*passage de l'interindividuel au collectif*[1]" car "*le travail ne se limite plus à des techniques de soins localisées spatialement*" poursuit Anne Pilotti.

Passer d'une communication interpersonnelle à une communication collective met en jeu les relations humaines, la place de l'ego ... **Ecrire s'ouvre, nous ouvre, sur la "*fenêtre de Johari*"**.

(1) **Anne Pilotti :** "l'écriture connectée des kinésithérapeutes, une écriture qui les inscrit dans l'institution" (oct 2004)

Connaître, se connaître... re-connaître, se re-connaître, mais aussi prendre en compte l'environnement, le comprendre, le "maîtriser", l'adopter et l'adapter, nécessite de s'engager sur le chemin des savoirs et des pratiques professionnelles (bien au-delà des seules techniques)... Pour mettre en perspective une réelle alchimie de toutes les richesses de la profession, créatrice de cette attendue reconnaissance ne devrions-nous pas (re)prendre le chemin à sa source et emprunter le détour de la **didactique** et préalablement sur celui de l'**épistémologie** ?

Il nous faut cultiver la culture du doute qui modère les certitudes et nous permet d'opérer le transfert de la persuasion à la conviction.

LES AUTRES	MOI	
	AIRE D'ACTIVITÉ LIBRE OU PUBLIQUE — Connu seulement de moi et des autres	**AIRE AVEUGLE** — Connu seulement des autres
	AIRE SECRETE OU CACHÉE — Connu seulement des autres	**AIRE D'ACTIVITÉ INCONNUE** — Inconnu de moi et des autres

Fenêtre de Johari :
représentation de la communication entre deux entités, créée par Joseph Luft et Harrington Ingram en 1960.

La santé en France :

LE PREMIER DES SERVICES AU PUBLIC !

C'est en tous cas ce que rapporte le dernier sondage BVA - Institut Paul Delouvrier sur "les services publics vus par les usagers". Un satisfécit sur la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux et les services d'urgence que soulignent **74%** de personnes interrogées... alors que **11%** sont globalement mécontentes notamment sur les délais... aux mêmes urgences. La gestion du temps demeure un sujet délicat. L'exigence des patients, usagers, et autres clients se porte tant sur la sécurité, la qualité, la fiabilité, la traçabilité que sur le confort. **L'espace de soins** aussi donc est repensé tant dans ses dimensions fonctionnelles et logistiques intra-hospitalières que dans ses dimensions extra-hospitalières notamment au travers des coopérations et des réseaux de soins : l'écoconstruction et les systèmes de hautes technologies d'informations - transmissions génèrent, induisent et accompagnent les nouveaux modes d'organisation, de planification et de financement de la santé.

L'informatique hospitalière : Au secours ou à l'aide ?

Le secteur des systèmes d'information en santé n'est qu'au début du processus pourtant débuté dans les années 1980. La compatibilité des systèmes - leur interopérabilité - est au cœur des discussions : il s'agit d'articuler les interventions intra comme extra hospitalières. Pourtant chacun dans son établissement continue de se doter de matériel et logiciel coûteux aux temps de formation et d'appropriation chronophages. Ces actes indirects ne font quasiment jamais sens et ne sont perçus que comme perte de temps. Trop souvent seul le département de l'informatique médicale peut traiter les données... celles qui servent à renseigner les institutions et les tutelles. Que de données saisies pourraient être exploitées au niveau même des services !

Combien d'entre nous ont la possibilité de rédiger un rapport d'activité avec les données saisies (dans les multiples systèmes de recueil mis en place) sans les transférer dans une base de données pour y effectuer des calculs statistiques ?

Question subsidiaire : pour un patient pris en charge combien de saisies informatiques sont-elles nécessaires pendant son hospitalisation de son rendez-vous à sa sortie ? combien avez-vous d'outils de recueil d'information imposés : logiciel de rendez-vous, de transport patient, dossier patient - médical, infirmier, autres par profession ..., outil de recueil d'activité par type d'actes réalisés (exemple à l'AP-HP : GILDA), outils spécifiques à l'activité de l'établissement (exemple en **PMSI SSR**... oui mais avec quel logiciel : Fusion F, Diam G ou autre ?), outil de recueil de charge en soins infirmiers : ***SIIPS***, **PRN** ?... et tous ceux que j'oublie !

UTILISATION D'UN NOUVEAU DISPOSITIF
EN MEDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION :

PUBLI-REDACTIONNEL

LE SYSTEME HUBER®

Dr B. Maertens de Noordhout*, Dr R. Cornea**

**Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle de Fraiture, Belgique.*

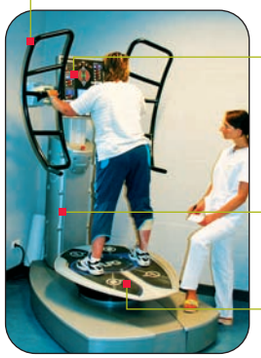
***LPG Systems, Sophia Antipolis, France.*

Introduction

HUBER® est un nouvel appareil de rééducation conçu et produit par le groupe français *LPG Systems*. Il est doté d'une technologie high-tech unique et brevetée, du marquage CE. L'appareil se compose d'un plateau ovale motorisé animé d'un mouvement d'oscillations rotatoires, selon différentes amplitudes et vitesses, et d'un système de poignées équipées de capteurs de force mesurant l'effort développé, le tout étant visualisé grâce à un écran doté d'une cible. Ce plateau permet de créer un déséquilibre et nécessite des ajustements posturaux de rééquilibration. La machine est interactive, permettant aussi un étalonnage et une régulation de l'effort. Ceci permet de définir des objectifs personnalisés pour chaque individu, tout en réglant l'activité motrice en chaîne musculaire, ce qui s'avère possible grâce aux différents types de fonctionnement : un programme "free level" ou des menus prédéfinis. Le sujet apprend ainsi à gérer son organisation motrice dans un environnement constamment en mouvement, en tenant compte de l'action de la gravité et des forces appliquées sur les poignées. Le travail réalisé avec ce système présente certains points communs avec des concepts utilisés dans la rééducation neuro-locomotrice :

- **Approche globale :** le corps entier est pris en charge par une activité globale et coordonnée, tout en cherchant une participation active du patient et la prise de conscience de ce dernier concernant son positionnement dans l'espace, afin d'obtenir une stabilité adéquate et pour retrouver la mobilité.
- Traitement construit selon le schéma évaluation – traitement – évaluation, avec une **prise en charge personnalisée du patient**, afin d'éviter les réactions pathologiques.
- Recherche des "mouvements perdus" et **reprogrammation du schéma moteur** en utilisant la stimulation proprioceptive et visuelle.
- **Stimulation de la sensibilité perturbée :** la sensibilité profonde est stimulée par la mise en charge et la recherche d'alignement, à travers des exercices avec feed-back visuel sur une plate-forme rotative en 3D.
- **Amélioration de l'équilibre** en recherchant des réactions d'équilibre et le bon alignement, tout en gardant la mobilité articulaire.
- **Entraînement de la coordination** facilité par le feed-back visuel.

Le Système HUBER®



Applications possibles dans la Médecine Physique et de Réadaptation.

Après les premiers résultats des expertises physiologiques et biomécaniques, encourageants et montrant l'innocuité de la technique, plusieurs essais sur des sujets sains ont été menés pour définir les bases nécessaires afin d'envisager la réalisation des évaluations cliniques avec **HUBER®**. L'équipe du Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle de Fraiture (Belgique) sous la direction du Dr B. Maertens de Noordhout (MPR), a réuni plusieurs données cliniques en ce qui concerne l'utilisation de l'appareil en Médecine Physique et Rééducation. Il s'agit d'un travail important, englobant 2 phases d'étude et 2 années d'expérience clinique.

Une première phase, préliminaire, a eu lieu entre 2004–2005 afin d'évaluer les possibilités et les modalités d'utilisation du système, dans un centre de Médecine Physique et Rééducation, en particulier dans le cadre des pathologies neurologiques et locomotrices.

Les premières observations cliniques ont porté sur 71 patients (screening sur différentes pathologies telles que la sclérose en plaques, le syndrome parkinsonien, des arthroplasties de genou ou de hanche, l'amputation de membre inférieur, etc.) et ont engendré plus de 500 séances de travail.

Cette première étape a permis de conclure que l'utilisation du système **HUBER®** est possible en réadaptation, même avec des patients présentant des affections sévères. L'appareil a été très bien accueilli par les patients, les exercices avec cet équipement ayant un caractère ludique et stimulant.

Le travail de rééducation réalisé sur **HUBER®** a permis de tonifier la musculature d'une manière générale, de travailler l'équilibre en sollicitant les fonctions supérieures et en focalisant le patient sur le contrôle de son écran, lui permettant ainsi de retrouver plus facilement les automatismes d'adaptation des appuis au sol. L'entraînement a permis de retravailler les connexions d'adaptation proprioceptives en vitesse et en qualité sans engendrer la spasticité, avec un effet bénéfique sur l'équilibre axial. Des personnes âgées de plus de 80 ans ont été capables d'effectuer des exercices simples, de manière tout à fait correcte et dans un contexte de sécurité tout à fait compatible avec le contexte d'un programme de réadaptation fonctionnelle.

Par la suite, une étude comparative, randomisée, en cross-over a été réalisée dans le même centre afin de tester l'efficacité de l'appareil (10 séances) inclus dans la prise en charge habituelle des patients atteints de sclérose en plaques (effets sur diverses composantes du handicap causé par la SEP). L'étude a inclus 20 patients (2 groupes) présentant une SEP en situation relativement stable, avec un déficit moteur faible ou modéré (EDSS < 7). L'efficacité a été recherchée principalement au niveau de l'équilibre, de la marche et au niveau de la qualité de vie des patients. Il a été ainsi constaté une amélioration significative de la vitesse de marche et une nette corrélation négative avec les troubles sensoriels : plus les troubles sensoriels étaient importants, plus l'entraînement sur **HUBER®** a amélioré le temps de marche.

Conclusions générales

Outre un travail global de renforcement musculaire, l'entraînement avec le système **HUBER®** permet de travailler la proprioception et l'équilibre d'une manière très spécifique ainsi qu'une stimulation intense et particulière des fonctions psychomotrices. **Pour les patients atteints de sclérose en plaques, une amélioration de la vitesse de marche a été remarquée après seulement 10 séances d'entraînement.**

Références :

15ème Congrès Européen de Médecine Physique et Rééducation (ESPMR); 16-20 Mai 2006; Madrid, Espagne - **Modifications de la posture, de l'équilibre et de la force de sujets sains suite à un entraînement sur le système HUBER®** - *P. Thoumie, P. Portero, A. Couillandre, N. Duqué.*

15ème Congrès Européen de Médecine Physique et Rééducation (ESPMR); 16-20 Mai 2006; Madrid, Espagne – **Utilisation du système HUBER® en Médecine Physique et de Réadaptation** - *B. Maertens de Noordhout, F. Houlmont, Y., Léonard, R. Cornea, S. Adam.*

XXème Congrès National de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER); 19-21 octobre 2006; Rouen, France - **Nouveau dispositif utilisé pour la rééducation de patients atteints de sclérose en plaques** - *B. Maertens de Noordhout, F. Houlmont, Y. Léonard, S. Adam.*

au cœur **de la recherche**

Jacques Bergeau, Cadre de santé Kinésithérapeute

→ De la bonne pratique de la recherche documentaire

Vous êtes confronté à un cas clinique inhabituel ? Vous voulez faire une étude clinique ? Il vous est demandé de faire une présentation orale pour un congrès ? Posons le problème : **vous avez besoin d'informations et de documentation !**

Dans un monde professionnel en mouvement, les kinésithérapeutes produisent des informations d'ordre professionnel et scientifique toujours plus nombreuses. Ils communiquent ces informations par des productions orales (conférence, présentation de congrès, soutenance de mémoire ou de thèse, etc...), des productions écrites (livre ou chapitre d'un livre, article de revue professionnelle et/ou scientifique, actes de congrès, poster scientifique, mémoire ou thèse, rapport de recherche d'un laboratoire, etc...).

"Comment mener votre recherche documentaire ?"

D'abord formuler votre besoin d'information, puis repérer les sources d'information, ensuite effectuer la recherche et enfin évaluer le résultat de votre recherche.

Formuler votre besoin d'information :

- faire le point sur ce que vous savez pour définir vos **mots-clés**
- identifier le **domaine de connaissances** concerné : kinésithérapie ? autre ?
- définir le degré d'exhaustivité de la recherche en fonction de votre but.
- identifier les **limites** du problème : adulte ou enfant ? Traitement ou prévention ?...
- préciser à quelle **date** chercher : innovation ? Technique historique ?

Repérer les sources d'information :

- bibliothèques des établissements de santé, des IFMK (écoles de kinésithérapie), des facultés de médecine et de sciences, des laboratoires de recherche, etc... qui donnent accès à des bases de données bibliographiques
- internet (exemples) :

recherche d'une définition
http://fr.wikipedia.org

recherche d'une référence
http://scholar.google.com

recherche d'une recommandation professionnelle
http://www.has-sante.fr

recherche d'une preuve en kinésithérapie
http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au

Effectuer la recherche documentaire :

Le langage d'interrogation d'une base de données est :

- soit "libre" : la requête se fait en langage courant comme dans **http://www.google.fr** ou **http://services.inist.fr/public/fre/conslt.ht** par exemple
- soit soumis à des contraintes car le vocabulaire à employer est "imposé" et limité aux **mots clés** d'un index ou aux **descripteurs** d'un thésaurus comme dans Medline **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi** (un **thésaurus** est une sorte de **dictionnaire hiérarchisé** contenant un vocabulaire normalisé sur la base de termes génériques et de termes spécifiques à un domaine ; ces termes sont appelés descripteurs).

Evaluer le résultat de votre recherche :

La première question à vous poser : est-ce que l'auteur s'adresse à moi ? S'agit-il d'une production professionnelle qui vise directement le kinésithérapeute et concerne l'exercice professionnel ? S'agit-il d'une production scientifique qui vise plutôt le chercheur et participe à la construction d'un corpus de connaissances en kinésithérapie ? En résumé, faites-vous partie du public visé ? Une fois cette certitude acquise, vous devez mobiliser toute votre attention sur ce qui est dit ou écrit, et non sur celui qui le dit ou l'écrit. Le fait d'écouter ou de lire est un travail qui demande beaucoup d'attention. Dans la position de spectateur ou de lecteur, vous faites chaque fois l'expérience de votre plasticité d'auditeur : vous êtes présent dans l'acte de communication et modifié par lui.

C'est dans ces conditions que peut commencer l'écoute ou la lecture critique. Identifiez d'abord le type de travail qui vous est présenté :

- est-ce une revue de la littérature, c'est-à-dire la lecture minutieuse des travaux des autres avec un **résumé des connaissances publiées sur un sujet précis** *(review)* ? Ce type de travail "secondaire" est retrouvé dans les méta-analyses, les revues systématiques et les recommandations pour la pratique clinique.
- est-ce un compte-rendu de recherche (exemple : essai clinique en kinésithérapie) produit par l'équipe chargée de cette recherche, avec un **résumé de l'étude réalisée** (*abstract*) ? Ce type de travail "primaire" est retrouvé dans les essais contrôlés randomisés, les études de cohorte, les études cas-témoins, les études de cas.

Si la communication présentée ne rentre pas dans l'une des catégories ci-dessus, alors il s'agit d'une information (par exemple un fait d'expérience) ou d'un avis personnel qui n'engage que son auteur : ce type d'information, lorsqu'elle vous intéresse, doit vous inviter à rechercher immédiatement des écrits du type ci-dessus (revue de littérature ou compte-rendu de recherche) pour rassembler un certain nombre de "preuves".

Alors viennent deux questions : les résultats de cet essai clinique en kinésithérapie sont-ils valides ? est-ce que le traitement est cliniquement utile ?

Avec la première question "**Les résultats sont-ils valides ?**", les critères suivants sont vérifiés :

les essais sont randomisés avec placement aléatoire des sujets dans le groupe traité et le groupe contrôle

l'observateur est "aveugle", et si possible les patients et les kinésithérapeutes sont également "aveugles"

les patients qui abandonnent l'étude sont peu nombreux

Il convient de garder en mémoire les résultats des essais qui satisfont ces critères.

Avec la deuxième question "**le traitement est-il cliniquement utile ?**", les critères suivants sont vérifiés :

les résultats intéressent les patients

les effets sont suffisamment grands pour être valables

le traitement fait plus de bien que de mal

il est rentable

Il convient de diffuser les résultats des essais qui satisfont ces critères aussi bien aux kinésithérapeutes qu'aux patients/clients. Mais cela ne signifie pas pour autant que les autres études sont à rejeter systématiquement. Il est important d'être à l'écoute de ce que les personnes extérieures à la kinésithérapie disent ou écrivent de notre exercice professionnel et de son efficacité.

Il est également important que les kinésithérapeutes prennent en compte les avancées technologiques et effectuent des recherches simples dans ce domaine, comme le font les médecins dans l'article publi-rédactionnel ci avant concernant le système HUBER®. Même si les références aux seuls congrès sont insuffisantes, elles doivent nous inviter à mettre en place une recherche complémentaire sur le terrain, en lien avec les autres professionnels de la santé.

La course aux résultats et la significativité statistique ne doivent pas nous faire oublier le plaisir du service rendu au patient/client et à la société. Les études dont les résultats sont "nuls" sont les bienvenues ! Elles nous évitent de reproduire inlassablement les mêmes expérimentations et nous invitent à nous dépasser.

"Et vous, quelles sont vos pratiques de recherche documentaire ?"

Références :

Cormack JC (2002). Evidence-based practice... What is it and how do I do it ? J Orthop Sports Phys Ther, October, 32 (10) : 484-7.

Knight J (2003). Résultats nuls mais ... bienvenus. La Recherche, septembre, n°367: 50-53

Fondation HOPALE

La Fondation Hopale
62608 Berck sur Mer
(www.hopale.com)

Etablissement Spécialisé en
Chirurgie Orthopédique et réparatrice
Rhumatologie,
Rééducation et réadaptation Fonctionnelle
Etablissement privé, à but non lucratif
Convention Collective du 31 Octobre 1951 (F.E.H.A.P)

Recrute

MASSEURS - KINÉSITHÉRAPEUTES D.E
pour ses différents sites.

Adresser CV + lettre de motivation à :

FONDATION HOPALE
Direction des Ressources Humaines
Rue du Docteur Calot
62608 BERCK-SUR-MER CEDEX

Tél. : 03 21 89 20 24

Le Centre de Montrodat

Situé à 7 Km de **Marvejols** en Lozère,
dans un environnement exceptionnel

RECHERCHE

Pour son Centre d'Education Motrice
et son
Centre de Rééducation Fonctionnelle

Kinésithérapeutes
et 1 orthophoniste

CDI, Temps plein - Rémunération motivante - Possibilité de logement

Contact/renseignements :
Monsieur le Directeur
Tél : 04 66 49 58 00
Fax : 04 66 32 29 12
centredemontrodat@orange.fr

CENTRE DE MONTRODAT
BP 88
48100 MONTRODAT

Centre de Rééducation Polyvalente
& Réadaptation Cardiaque

149 lits dans charmant village 30' Paris Ouest – A13

Recherche

1 Kinésithérapeute
CDI 35 heures
Intéressement - Logement temporaire - Prime de fidélité

Anne BLIER, DRH – 15 rue des Coutures 78930 Goussonville
a.blier@clinique-de-goussonville.fr
www.clinique-de-goussonville.fr

→ Eric Roussel, Directeur de soins

→ H.A.S[1], accréditation et certification quels rôles pour les professionnels?

"***Le bon professionnel aujourd'hui n'est pas tant celui qui aurait les bonnes réponses aux problèmes de la pratique, c'est celui qui se pose et qui pose à ceux avec qui il travaille de bonnes questions.***"

Cette phrase extraite de l'ouvrage de Bernard Donnadieu, Michèle Genthon et Michel Vial sur les théories de l'apprentissage[2] introduit clairement le problème posé et met en lien la question de l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P) et de la certification. Aujourd'hui l'ensemble des établissements de santé français sont engagés dans le processus d'accréditation qu'il s'agisse de la **V1** ou de la **V2**. Il semble important de s'interroger sur la place qu'occupent les professionnels, kinésithérapeutes et cadres de santé, dans ce processus. Nous croyons important que chacun soit acteur, voire auteur de ce processus. C'est en décrivant les différentes étapes de l'accréditation que nous allons tenter de le démontrer.

L'accréditation s'organise en quatre temps. Une phase d'auto-évaluation qui se déroule sur plusieurs mois, la visite des experts de l'**HAS**, la réponse au rapport des visiteurs et enfin la phase intermédiaire avec l'accréditation suivante.

L'auto-évaluation, une période intense de mise en adéquation avec la norme.

Après avoir demandé l'entrée dans la procédure de certification, les établissements procèdent à leur auto-évaluation. Celle-ci repose sur 51 références (plus de 240 critères) réparties dans les quatre chapitres du manuel d'accréditation[3] :

Politique et qualité du management

Ressources transversales

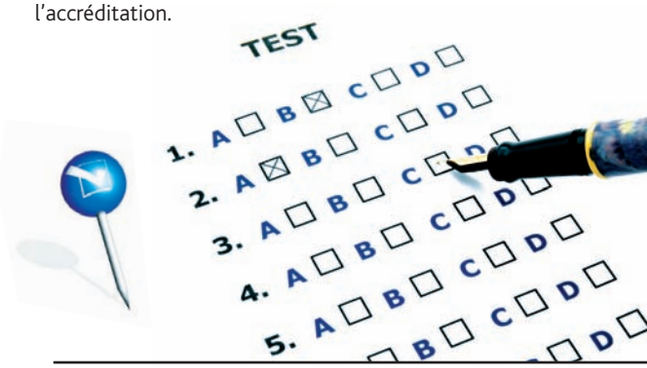
Prise en charge du patient
(selon les différents types de prise en charge : soins de courte durée, psychiatrie et santé mentale, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée)

Evaluations et dynamiques d'amélioration
dans lequel se trouvent les références des E.P.P

C'est une longue période de recherche, de rédaction, de mise en forme et de classement des éléments de preuve attestant d'une part de la qualité et de la sécurité des pratiques, d'autre part de la mise en œuvre d'une amélioration continue de celles-ci. Ce travail est orchestré par un comité de pilotage au sein duquel sont représentés les différentes catégories professionnelles de l'établissement ainsi que des représentants des usagers. Ce comité accompagne les différents groupes de travail et détermine les pratiques professionnelles qui seront évaluées par les groupes d'experts compétents au sein de l'établissement.

Ce travail de recherche des éléments de preuve implique l'ensemble des services et des professionnels de l'établissement et ne va pas de soi. Dire par exemple que "le circuit des déchets répond à la réglementation", ou que "les soignants communiquent entre eux grâce à un document unique" c'est une chose... en apporter la preuve cela en est une autre. Il est bien souvent nécessaire de ré-interroger les manières de faire, parfois de les remettre en question, souvent d'apprendre à écrire ce que l'on fait.

Les kinésithérapeutes et les cadres sont concernés par l'ensemble de ce processus, soit à titre individuel pour apporter la preuve de la qualité et de la sécurité de leur action, soit au sein des groupes de travail des services[4], parfois en participant au comité de pilotage de l'accréditation.



(1) Haute Autorité en Santé
(2) B.Donnadieu, M.Genthon et M.Vial, Les théories de l'apprentissage : quel usage pour les cadres de santé, InterEditions Masson, 1998, p15.
(3) H.A.S, septembre 2004, Manuel d'accréditation des établissement de santé, 131p.
(4) Qu'ils soient de rééducation ou pas...

La visite, quelques jours pour montrer son savoir faire.

Puis arrive le (ou plutôt les...) grand(s) jour(s). Les visiteurs sont dans l'établissement. Ils ont reçu plusieurs semaines avant leur arrivée le rapport d'auto-évaluation adressé à l'H.A.S par l'établissement. Ils viennent vérifier la réalité des écrits et des pratiques. Le plus souvent négociée avec les responsables de l'hôpital, leur visite s'organise schématiquement autour de trois types d'actions :

Ils étudient les documents compilés par l'établissement pour apporter les preuves du respect des critères d'auto-évaluation

Ils rencontrent et questionnent les membres du comité de pilotage, l'équipe de direction, les responsables des différents groupes de travail dont ceux qui ont travaillé sur les E.P.P, et les partenaires sociaux

Ils visitent les différents services cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques de l'établissement. À cette occasion ils observent les activités professionnelles et interrogent les professionnels à la recherche d'informations complétant leurs lectures et les auditions des groupes de travail

Les kinésithérapeutes et les cadres sont plus ou moins impliqués dans cette phase selon le cœur de métier de l'établissement (SSR ou pas !) et le rôle qu'ils ont joué dans l'auto-évaluation.

Il est important d'y participer parce qu'elle permet de bien comprendre le rôle des visiteurs qui sont plus des régulateurs que des contrôleurs, et qui grâce à leurs questions permettent parfois de mettre à jour des difficultés que l'on ne perçoit pas quand on est quotidiennement "le nez dans le guidon". C'est également un excellent complément à l'apprentissage des méthodes d'audit. Ces dernières sont de plus en plus incontournables et l'implication des rééducateurs y est indispensable. Connaître le travail des visiteurs de l'H.A.S donne du sens à l'auto-évaluation, c'est-à-dire à la fois une direction et une signification.

La visite se termine par un premier compte rendu "à chaud" présenté par les visiteurs à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Préambule à la rédaction du rapport final, c'est un moment intense où les premiers résultats de la visite sont restitués sous forme de points forts et de points de réserve.

La réponse au rapport, une régulation qui s'amorce

Quelques semaines après la fin de la visite, l'établissement reçoit le rapport des experts visiteurs. Critère par critère il confirme ou modifie le niveau d'auto-évaluation (A,B,C) que s'était attribué l'établissement et détermine le niveau de certification :

Accréditation avec prochaine visite dans 4 ans

Accréditation avec suivi

Accréditation conditionnelle, accréditation pour moins de 4 ans avec le plus souvent une visite ciblée

Non-accréditation qui nécessite la mise place d'un accompagnement de l'établissement vers une nouvelle procédure d'auto-évaluation

Les trois derniers niveaux de certification nécessitent une réponse de l'établissement. C'est le début d'un processus de régulation qui va permettre de compléter les informations transmises mais surtout de mettre en œuvre les mesures correctrices. L'ensemble de la démarche d'amélioration continue de la qualité est alors à l'œuvre. Les kinésithérapeutes et les cadres doivent s'y engager de manière volontariste. Nous pouvons tous légitimement revendiquer un travail de qualité. Cependant nous devons tous en apporter la preuve et surtout admettre qu'il est toujours possible de faire mieux. Cet engagement repose sur le maintien du processus d'auto-évaluation, c'est incontestablement le travail le plus difficile à réaliser

Dans l'attente de la prochaine visite, maintenir le processus d'auto-évaluation.

Nous avons tous connu ces périodes post-visite où après l'investissement lourd dans l'auto-évaluation et la fébrilité de la visite des experts de l'HAS chacun relâche la pression et prend une distance parfois complète avec la démarche de régulation de ses pratiques professionnelles. Bien sûr au quotidien chacun fait l'effort de se questionner sur ses engagements, ses résultats et sa façon de travailler. Mais le plus souvent nous sommes dans la recherche de réponses informelles et de certitudes qui ont pour effet de "tuer" le questionnement et d'interrompre le processus auto-évaluation. Il est donc essentiel pour continuer le travail amorcé lors des visites d'accréditation (et/ou de certification) de mener un travail d'évaluation de nos pratiques professionnelles. Ce travail ne doit pas rester sous la dépendance de l'évaluation des pratiques médicales. Il s'agit bien de l'évaluation des pratiques paramédicales - et en l'occurrence kinésithérapiques - qu'il faut investir. Ce qui passe par une véritable promotion de la culture de l'évaluation dans les établissements de santé et dans les instituts de formation.

→ Hélène Bergeau, Directrice d'IFMK

→ Concepts et références pour la construction du projet de formation en masso-kinésithérapie (2ème partie)

Dans Kinéscope n°3 nous avons posé que la construction d'un parcours de formation nécessite de s'interroger sur les valeurs, les concepts et modèles qui constituent de façon implicite et/ou explicite la toile de fond de cette construction. Dans cette première partie ont été proposées comme valeur clef, la responsabilité dans un monde professionnel où la prescription diminue, et la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) comme modèle pour l'analyse du problème de santé présenté par le patient. Aujourd'hui nous poursuivons la construction par un concept fondamental.

En matière de concept : la compétence

La note de cadrage du 1er Décembre 2006 émanant de la Direction Générale de la Santé concernant les projets de formation des professions médicales met en avant la finalité avant tout professionnelle que doivent avoir les formations paramédicales. Ces formations doivent permettre la construction des compétences professionnelles attendues au regard des activités du métier considéré.

Compétences et activités sont étroitement liées. "*La compétence est le système de connaissances permettant d'engendrer l'activité répondant aux exigences d'une tâche. Elle représente l'aspect générateur de l'activité*" (J.Leplat,1997).

Placer les compétences au centre du dispositif de formation et de certification, c'est affirmer que l'objectif de la formation ne peut être la simple acquisition, addition et juxtaposition de savoirs et savoir-faire. "*La compétence permet d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante, dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée*" (S. Bellier,1999). La formation doit guider l'apprenant de l'habileté, du savoir-faire vers la compétence, le savoir-agir.

Dans la compétence il y a un aspect de reconnaissance sociale. C'est le jugement d'autrui qui établit la compétence. Le diplôme d'état certifie les compétences acquises au cours de la formation.

La compétence se manifeste dans l'action mais n'est pas l'action. Le résultat de l'action renvoie à la performance. Interroger la performance par l'intermédiaire d'indicateurs ne renseigne pas sur la compétence elle-même, c'est-à-dire ce que fait le sujet pour exécuter la tâche de façon efficiente. La compétence est inférée au regard du résultat de l'action.

La compétence est un attribut du sujet. Si la compétence nécessite l'acquisition de différents savoirs, le sujet organise et combine l'ensemble des ressources dont il dispose, pour agir avec compétence.

Pour rendre compte des ressources dont dispose l'individu en situation d'agir, G. Le Boterf (2002) distingue différents savoirs, associés aux aptitudes et ressources personnelles du sujet.

"la **compétence...**
...représente l'aspect générateur
de l'activité."

→ Jean Signeyrole, Directeur d'IFMK

Les savoirs théoriques : ils correspondent aux connaissances générales, aux savoirs disciplinaires, mais également aux connaissances spécifiques à l'environnement professionnel du métier exercé. Dans un programme de formation, les connaissances attendues sont relativement aisées à identifier. Pour autant, leur actualisation est plus délicate. La compétence se développe parallèlement au niveau d'exigence. Par exemple, la nomenclature anatomique, Paris Nomina Anatomica,1955, devrait s'imposer à tous, enseignants formateurs, professionnels et étudiants.

Les savoir-faire opérationnels, méthodologiques et techniques : ils permettent la mise en œuvre de l'action. Une ingénierie de formation doit proposer au cours des apprentissages les méthodologies de réflexion et d'action générales et spécifiques à l'exercice professionnel considéré.

Les savoir-faire expérientiels : issus de l'action : ils correspondent au "tour de main", à une "certaine façon de faire". Ces savoirs expérientiels, souvent peu explicités par les professionnels, sont sources de modèles pour les novices. Ils donnent toute sa valeur à la formation clinique par alternance.

Les savoir-faire sociaux et relationnels : ils s'acquièrent par l'expérience sociale et professionnelle. Ils relèvent d'un certain "habitus". Les attitudes se construisent et se modélisent dès la formation initiale. La qualité du tutorat exercé par les professionnels au cours de l'apprentissage des novices a un rôle majeur dans la construction des attitudes professionnelles adaptées : rigueur, capacité d'écoute, honnêteté intellectuelle...

Les savoir-faire cognitifs : ils correspondent aux opérations mentales permettant analyse et résolution de problèmes. Pour passer de l'intention à l'action, différentes opérations mentales sont mises en œuvre. Une modélisation des déterminants cognitifs de l'activité du sujet en situation est souhaitable.

"La compétence est donc une combinatoire de ressources variées pouvant être mises en œuvre" (Le Boterf G., 2002). À ce titre, elle est davantage un processus qu'un état, elle s'acquiert, se construit, se transforme tout au long de la vie. Ainsi, la formation initiale définit plus la compétence requise que la compétence réelle. La compétence requise n'est pas la compétence réelle. La compétence requise renvoie à la tâche prescrite.

La compétence réelle est singulière, construite par chaque personne, dans un contexte. La compétence réelle est une disposition particulière à agir d'une certaine façon, par combinaison de ressources propres.

En conclusion, élaborer un référentiel de compétences et de formation permet d'identifier les aptitudes, les capacités, et les savoirs requis pour l'exécution des différentes tâches professionnelles. Un autre enjeu pour la formation est de s'assurer qu'au-delà du niveau de l'habileté requise, l'apprenant est capable de combiner ses propres ressources en situation, faisant preuve ainsi de compétence réelle. La réflexion sur les compétences ne peut donc être indépendante d'une réflexion sur les niveaux de compétence attendus et sur leur évaluation.

Bibliographie :

- Leplat J (1997). Regards sur l'activité en situation de travail - Contribution à la psychologie ergonomique, PUF, Paris

- Bellier S (1999) dans : Traité des sciences et des techniques de la formation. Carré P. et Gaspar P, Editions Dunod, Paris La compétence, p12

- Le Boterf G (2002) Ingénierie et évaluation des compétences. 4ème édition. Editions d'organisation, Paris, 563 p

- Le Boterf G (2002) De quel concept de compétence avons-nous besoin, Soins cadres n°41, Février, p 21

→ À propos de Savoirs !

Je voudrais poursuivre une "dispute" (à entendre dans le sens "de l'échange d'arguments contradictoires sur un sujet donné") entamée avec Yves Cottret sur le thème apparemment innocent des savoirs à enseigner. Il est vrai que les questions de formation sont souvent conflictuelles, l'un défendant son point de vue, ses façons de faire, ses projets... l'autre repérant dans le discours du premier, des préjugés, des incohérences qu'il va s'efforcer de dénoncer. En ce sens, la polémique est le terreau de l'argument...

Il n'y a pas de formation sans savoirs. De même, il n'y a pas de formation sans une façon d'organiser l'enseignement de ces savoirs, cette charge étant le plus souvent confiée à des institutions diverses. En ce qui concerne notre formation, j'ai toujours été frappé par le fait que les savoirs enseignés ne faisaient pas l'objet d'une discussion d'envergure nationale.

L'actualité nous le montre, la tutelle - le Ministère de la Santé - veut rénover le parcours de formation : modalités de rattrapage, franchise d'absences, gouvernance des instituts,... les savoirs sont curieusement absents des préoccupations. D'une autre façon, sur la question du **L.M.D.** et face à nos aspirations universitaires, l'autre Ministère - celui de l'Education Nationale - nous oppose des faiblesses "constitutionnelles", déplorant les types de savoirs que nous mobilisons, parce qu'ils sont inscrits dans la logique d'une formation *professionnelle*. On comprend que la nature des savoirs enseignés soit déterminante : il y a donc des savoirs qui pèsent plus lourd que d'autres dans la perspective universitaire, ce qui n'est ni contestable, ni surprenant. Et il y a aussi les personnes qui délivrent ces savoirs, nous y reviendrons plus tard.

Comme souvent, il faut repartir d'un processus qui caractérise notre profession et nous pousse à rechercher les voies les plus favorables à notre émancipation (mouvement qui participe au processus de professionnalisation). Ainsi, derrière les savoirs, on trouve la question de la place d'une profession, ce qui nous renvoie au statut d'auxiliaire, pour ne pas dire à des amours ancillaires.

"Aucun Système ne
garantit la formation
permanente des formateurs"

Une formation sanctionnée par un diplôme d'Etat devrait poser le principe d'une base fondatrice et commune des savoirs mis à la disposition des formés, quel que soit le lieu de formation, le type d'institut... au nom d'une formation "professionnelle" dont dépendent la santé de malades et le système de santé en général. Or, aujourd'hui, **aucun système formel ne garantit qu'il existe bel et bien un dispositif permettant d'harmoniser les savoirs enseignés** (et que ne permet pas le programme "officiel et règlementaire" des études). Il n'existe pas de socle consensuel adopté délibérément par les formateurs, les experts, les divers responsables, sur lequel on pourrait s'appuyer. De fait, pour une matière donnée, le message délivré, les notions abordées et surtout le niveau d'exigence attendu peuvent varier en fonction de l'institut, de son organisation, de ses intervenants, de leurs qualifications... Le message sera ainsi dépendant de variables tout à fait indépendantes, elles, de la question didactique relative à l'organisation des savoirs.

Les savoirs transmis sont donc soumis aux aléas de la vie du travail, des modes d'organisation, des personnes ressources, de leur disponibilité ou de leur souhait de continuer à se documenter, à se former, à actualiser leur propre savoir... puisque, là aussi, aucun système ne garantit la formation permanente des formateurs,

aucune contrainte en termes de production de connaissances, de participation à des activités de recherche ou à des sociétés savantes ne s'impose.

Il y aurait donc, à notre avis, une réflexion qui pourrait s'avérer fructueuse pour une formation et pour une profession, si elle se penchait, même à partir du programme actuel, sur les questions précédentes : quand on parle d'anatomie, par exemple, qu'est ce qu'il faut enseigner ? Selon quel découpage ? Avec quelles exigences ? Selon quelle progression ? Pour quels usages ?

La question de la progression est centrale. En effet, on imagine mal un étudiant en troisième cycle de physique ne pouvoir résoudre un problème de licence : de notre côté, en quoi, tout au long des trois années, les "compétences" progressent, en quoi les attentes se complexifient sur les disciplines enseignées ? Cette question s'accompagne d'un corollaire : qui doit enseigner ? Pour l'université, ce n'est pas l'expérience de la personne qui compte, ce sont ses titres et diplômes, ses publications, ses projets de recherche, ses appartenances... qui légitiment l'enseignement délivré.

Évidemment, le choix des savoirs, de leurs origines disciplinaires, des personnes qui les délivrent, des exigences et des progressions qu'on espère, **dépend de l'idée que l'on se fait d'une profession. Selon que l'on considère les professionnels comme des applicateurs ou comme des concepteurs, le registre des savoirs enseignés diffère largement.** Or, comme tout savoir est lié à son usage (on devrait toujours chercher à quoi sera utile un savoir), on aurait avantage à s'inspirer de la diversité des situations (de travail), donc à s'appuyer sur l'activité. Sachant que celle-ci varie en fonction des acteurs, il faudrait chercher à élaborer un modèle à tendance universelle. Ici, il peut être intéressant de s'appuyer sur le service rendu par la pratique sociale de la kinésithérapie.

En effet, une fois, **sues** la maladie et ses effets, une fois, **maitrisées** les techniques et les approches,... la kinésithérapie ne consiste-t-elle pas en une façon singulière d'approcher le corps de l'autre, corps souffrant d'une maladie diagnostiquée, ou simplement demandeur ? En fait, il pourrait s'agir d'une manière particulière de comprendre le **corps** de l'autre, de l'envisager, de l'approcher, qui soit propre à une profession comme à ceux qui l'exercent, et qui dépasse la seule réponse technique.

Dans cette idée, les savoirs "biomédicaux" tout nécessaires qu'ils sont, ne sont pas suffisants ; des savoirs et des modèles d'origines disciplinaires différentes, voire divergentes, deviennent indispensables. Ainsi, il faudrait identifier des savoirs, repérer leur appartenance, leur intérêt pour la kinésithérapie, leur transversalité,... puisque nous travaillons à partir de multiples sources de savoirs, issues de disciplines et de sciences différentes.

Car nous disposons d'un savoir "métissé", combinant des savoirs transformés en vue de pouvoir faire le métier qui est le nôtre : soigner des patients à partir du corps (du leur et du nôtre) - et de savoirs sur le corps - (sur son développement, son altération, son expression...).

Cette question ne peut être laissée à l'initiative isolée d'experts, de professeurs, de syndicalistes, de directeurs, de tutelles, d'étudiants,... Elle nécessite leur rencontre et l'instauration d'un débat central pour l'avenir d'une profession : c'est donc une question éminemment politique, l'enjeu d'une démocratie éducative et professionnelle à inventer.

A ce jour, nous disposons de réponses, mais parcellaires et le plus souvent faites pour répondre à des enjeux, pour faire face à une injonction, pour démontrer... Or, à mon avis, fondamentalement, cette question suppose de prendre du temps, de construire avec le temps, selon des conditions à définir, au calme et avec une perspective épargnée par les contingences de la vie politique. C'est l'idée d'un "**conservatoire**[1]" qui me semble opportune, lieu privilégié, centré sur les savoirs, rassemblant les acteurs, articulant les perspectives, recensant l'histoire, rassemblant les études, proposant les pistes à venir et préoccupé d'enseignement... Une institution sage et indépendante, sorte de centre de recherches, qui chercherait à définir les savoirs qui nous caractérisent.

(1) Etablissement généralement public, destiné à conserver, sauvegarder certaines valeurs culturelles et à en promouvoir l'enseignement.

→ Daniel Michon, Directeur d'IFCS

→ Du droit à l'information du patient au développement de nouvelles compétences socioprofessionnelles

Les relations médecin-malade et soignant-soigné ont considérablement évolué, notamment avec la "**Loi Kouchner**" du 4 mars 2002. Les droits existants[5] ont été intégrés et complétés : accès au dossier médical, respect de la dignité, traitement de la douleur, droit à indemnisation, droits de la représentation des usagers... Une nouvelle cohérence, adaptée aux exigences de la société en matière d'information dans le domaine de la santé, est dès lors formalisée. Cinq ans plus tard, faire le point sur la mise en œuvre effective des avancées de ce dispositif législatif permet de situer concrètement les évolutions professionnelles qu'elles imposent encore, notamment pour l'exercice et pour la formation initiale et continue des kinésithérapeutes.

Du patient "objet des soins" au patient "sujet des droits"[6]

Le patient bénéficie du cumul de plusieurs situations juridiques : il est à la fois citoyen, usager du service public, assuré social, malade bénéficiaire de l'offre de soins, consommateur :

Le citoyen bénéficie de la liberté de pensée, de culte, droits civils et liberté testamentaire, protection contre lui-même en cas de refus de soin ou de tentative de suicide

L'usager du service public hospitalier peut faire valoir la mise en œuvre des principes de continuité (permanence des soins), d'égalité d'accès, de neutralité et d'adaptabilité aux besoins et à l'intérêt général.

Le malade bénéficie des dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

➲ Le patient a le droit d'être informé, au cours d'un entretien individuel, sur son état de santé et sur tous les risques identifiés, sur l'utilité de ce qui est proposé ou fait, sur les investigations et leurs résultats, sur les traitements et actions de prévention proposés, sur les alternatives, sur les conséquences possibles, sur les frais à envisager, sur le coût des actes et sur les conditions de remboursement. Sa volonté d'être tenu dans l'ignorance doit être respectée. En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé.

➲ Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans son consentement libre et éclairé et celui-ci peut être retiré à tout moment. Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans qu'une personne de confiance ou la famille, ou à défaut un de ses proches, ait été consulté.

➲ L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable.

Avant même que se mette en place l'Ordre professionnel, force est de constater que la loi a conçu un nouvel équilibre entre les droits individuels des malades et les règles de la déontologie professionnelle.

(5) Charte du patient hospitalisé en 1974, circulaire du 6 mai 1995, loi Huriet de 1988, loi hospitalière de 1991, loi de bioéthique de 1994, recommandation de l'ANAES relative à l'information des patients de mars 2000...

(6) Déclaration de Claude Evin, Président de la Fédération Hospitalière de France au Colloque Sciences Po- Le Ciss le jeudi 1er mars 2007.

Pour les établissements de santé, la référence "Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge[7]" se décline en 6 indicateurs. L'accès au dossier doit être organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées[8]. "L'appréciation du service médical rendu doit laisser une plus grande place à l'expression du patient. Cette exigence se reflète dans l'évolution des références et dans la recherche d'une plus grande participation de l'usager aux étapes d'auto-évaluation des établissements et de la visite d'accréditation[9]".

Ainsi, aux droits individuels s'ajoutent des droits collectifs, avec des associations d'usagers au sein des instances hospitalières et à différents niveaux du système de santé. Les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) établissent dans chaque établissement de nouvelles possibilités de circulation d'information. Même si les agréments des associations de santé ne règlent pas la question de la représentation et de la participation des personnes soignées au fonctionnement du système, elles signent la volonté de promouvoir le développement de la démocratie sanitaire.

S'engager pour promouvoir des droits réels

La Loi change l'esprit de la relation médecin-malade et crée de nouvelles conditions pour développer une relation de confiance fondée sur le dialogue et le partage d'information. Il reste beaucoup à faire dans les pratiques et l'essentiel repose sur le positionnement des professionnels de santé au quotidien.

Comment s'organiser pour donner au malade des informations suffisantes pour qu'il puisse exercer son pouvoir de décider, en situation de vulnérabilité ou de dépendance, avec des temps, qui comme les durées moyennes de séjours, ont une propension à diminuer ? Quelles marges d'investissement restent-ils aux professionnels, notamment à ceux qui, comme les kinésithérapeutes, accompagnent les patients traités ? Quelle part prendre dans les propositions aujourd'hui évoquées :

Formalisation des collaborations médico-soignantes à l'information et l'élaboration des supports pour compléter (et non pas suppléer) les informations orales

Analyse des enquêtes de satisfaction, des réclamations et des signalements d'évènements indésirables

Auto-évaluation des conditions d'accès au dossier médical et de communication des pièces demandées

Formation pour faire évoluer les pratiques d'information des patients, et ce dès les premiers stades de l'apprentissage professionnel.

Les professionnels de santé, même s'ils sont naturellement orientés sur l'action de soigner, savent qu'informer, c'est prendre soin du malade. De nouvelles réflexions sur la manière d'informer les patients sont à développer dans un cadre interprofessionnel ouvert à l'échange avec les représentants des usagers. A noter qu'au sein de certains établissements se développent des Espaces de Rencontre et d'Information qui proposent des accompagnateurs non soignants aux visiteurs.

Informer le patient ne suffit encore pas pour promouvoir ses droits

L'information sur les droits des patients s'est renforcée : signalons à ce propos l'ouvrage proposé par notre confrère **Jean WILS**[10]. Toutefois la mise en œuvre des droits ne repose pas que sur du savoir être soignant ou sur la diffusion d'informations associatives.

Les acteurs doivent aussi promouvoir de nouvelles formes de communication institutionnelle : aujourd'hui la denrée la plus rare semble être le temps. Si "*time is money*", le droit à l'information repose sur un coût économique qu'il faut prendre en considération. C'est aux professionnels de rappeler cette évidence et d'objectiver les moyens que chaque mise en oeuvre du droit requiert. Si la maîtrise des coûts et la tarification à l'activité mettent l'accent sur les quantités, il revient aux professionnels de valoriser les démarches qualitatives, notamment au travers des démarches entreprises dans le cadre de l'accréditation.

Enfin, l'égalité en droits ne s'accommodera pas longtemps d'une augmentation régulière de la participation financière du malade au paiement des frais engendrés par les soins : n'y a-t-il pas d'ores et déjà suffisamment d'handicaps sociaux en matière de santé et d'information pour que nous le rappelions à tous ceux qui participent aux orientations des politiques publiques de santé ?

(7) Référence 31 du manuel d'accréditation, deuxième version, septembre 2004
(8) Référence 24-e du manuel d'accréditation, deuxième version, septembre 2004
(9) Manuel d'accréditation des établissements de santé – 2ème procédure d'accréditation, septembre 2004, page13
(10) Jean WILS est chargé de mission Droits des usagers et des relations avec les associations à l'Hôpital européen Georges Pompidou et co-signe avec Mélanie Germond, juriste en droit de la santé. Patients, quels sont vos droits publié aux Editions In Press (170 pages, février 2007,15 euros)

A Dieulefit en Drôme Provençale,
DIEULEFIT SANTE,
établissement privé PSPH
de 100 lits de rééducation et
réadaptation cardio-respiratoire,
en phase de regroupement
sur un seul site en octobre 2007,

**recrute pour septembre
un(e) kinésithérapeute
en CDI (35 h par semaine).**

**Renseignements, lettre et CV
auprès du directeur *Olivier Bougon***
o.bougon@dieulefit-sante.org

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

Quand la compétence est vitale

**Nous recrutons (h/f)
pour nos clients**

Pour des missions
d'intérim ou des postes
fixes en CDI :
- **Kinésithérapeutes**
- **Masseurs**
- **Ergothérapeutes**

N°1 du travail temporaire et du recrutement médical et paramédical, l'Appel Médical recrute des professionnels passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes. Hôpitaux, cliniques, thermes, thalassothérapies, maisons de retraite... votre agence de l'Appel Médical répondra à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Vous bénéficiez en plus d'entretiens personnalisés, d'un plan de formation, du comité d'entreprise et d'accords exclusifs en terme de mutuelle, accès crédit conso, immobilier, participation...

Fort d'une expérience réussie ou jeune diplômé(e) et disponible pour construire votre carrière, contactez-nous au :

N° Vert **0 800 240 533**
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

recrutement@appel-medical.com

Retrouvez nos agences et nos offres sur **appel-medical.com**

l'appel medical
intérim et recrutement paramédical

Magali Faroult, Cadre de santé Kinésithérapeute

→ Coopération au service des patients : duité ou dualité de l'intrapro et de l'interpro

Quand l'individualisme crée du lien, Inter-professionnalisation mise en évaluation-compréhension

La kinésithérapie est une science(s) plurielle(s) qui "emprunte(nt) des méthodes, qui nécessite(nt) des collaborations... des dialogies de paradigmes[1]..."

De la logique de professionnalisation à la logique de coopération, mettre en perspective sa pratique professionnelle, l'inscrire dans un processus d'évaluation (donner de la valeur à...), intégrer les évaluations des autres, leur laisser une place, laisser à voir, savoir identifier sa place, mais aussi la place accordée au patient. Autant de problématiques professionnelles quotidiennes inférant sur la qualité du soin et relevant d'un véritable enjeu pour le cadre de santé. Au quotidien, dans les unités de soins, force est de constater un écart entre un langage qui tente de s'inscrire dans une réelle intention de travailler ensemble et ce qui en émerge en terme de possible. Questionner la pertinence de ce registre semble intéressant pour le cadre de santé en la suggérant à l'équipe.

Individu-équipe,

professionnalisation-inter-professionnalisation

Intra-inter ? Conserver-partager ?

Identité professionnelle, qu'en est-il ?

Peur, crainte, inconfort ?

Les activités demeurent inscrites dans des organisations juxtaposées plus que dans une réelle dynamique de coopération. Une confusion sémantique émerge autour des termes professionnalité et discipline, préfixes inter- pluri- multi-, "prise en charge" globale. Ce "global" nous permet-il de nous centrer sur la personne soignée ? Qu'en est-il de la coordination, collaboration ou coopération ? Informer-communiquer ? Quel sens attribuer à ces mots ? Quel(s) en-jeu(x) pour les acteurs, pour le cadre de santé et quelle valeur ajoutée pour la personne soignée ? Le tout dans un contexte écologique professionnel sanitaire et social mouvant, en pleine redéfinition - découpage des établissements en pôles d'activité, tarification à l'activité, durée moyenne de séjours diminuée avec impact sur les pratiques professionnelles, transferts de compétences, effectifs instables, glissement de tâches...

Dichotomie ou dialogie entre exister soi et exister au sein d'une équipe, être reconnu ?

Immergés dans un contexte où chaque acteur désire, cherche à se définir [Ordre(s) professionnel(s), diversités des formations], existe-t-il une kinésithérapie ou des kinésithérapies ? Faut-il une formation cadre de santé ou des formations ? Il se dessine alors une véritable tension entre l'inter- et l'intra-, nécessairement mise en questionnement. Sur quels points se retrouver, converger ? Peut être celui de l'évaluation, de la problématisation des situations rencontrées.

Pluri- Trans- Inter- quelle distinction ?

Pluri- : juxtaposition, cloisonnement exclusif des pratiques et des regards.

Trans- : transversalité, à travers.

Inter- : mise en lien construite sur des critères d'évaluation questionnant les intentions et posant les relations autrement.

Identité - professionnalisation, inter - vers un possible lien :

La notion d'inter-professionnalisation implique la pratique communicationnelle. Elle se lie dans les interstices non utilisés, là où le sensible s'exprime.

Le cadre de santé devient alors un élément de la chaîne, jouant son rôle de passeur, de mise en lien entre les acteurs, au sein même de son équipe, avec l'extérieur de la structure (hôpital/ville). La finalité de cette démarche est d'intégrer progressivement les nécessaires va-et-vient d'une logique individuelle à une logique collective, pensée et construite.

Une des voies de la professionnalisation pourrait être déclinée par l'écriture[3]. Ancrer sa pratique dans un processus d'évaluation, empruntant le chemin du raisonnement clinique, de la problématisation de la situation de soin en question, aboutissant à l'élaboration du diagnostic kiné pour les uns, infirmier pour les autres... pourrait être le point de départ d'un socle commun. Evaluation, suivi mis en scène et en lumière à travers l'échange avec les autres membres de l'équipe, tracés et verbalisés afin que le patient soit enfin considéré et abordé comme un tout. Se projette alors l'identité professionnelle, les compétences sont identifiées au sein même d'un groupe de professionnels d'horizons, de formations et de cultures différentes. Ainsi peut se tisser un premier lien entre ces deux processus : professionnalisation, centrée sur l'acteur et l'inter-professionnalisation ouvrant sur l'équipe par la pratique communicationnelle. Le passage à l'écriture désigne deux acceptions : l'une traduit le fait de franchir un obstacle, c'est-à-dire "se donner les moyens de" et l'autre renvoie à "donner à quelqu'un quelque chose, une permission, une autorisation[4]".

Ce chemin n'est pas sans contrainte, sans crainte, source d'inconfort. Emerge alors le risque de perdre son identité en s'exposant, accroître ses incertitudes, aborder un changement ? Légitime. L'inter-professionnalité n'est pas une panacée. Questionner sa raison d'être en fonction de la situation rencontrée est un élément essentiel pour le cadre de santé et relève d'un véritable accompagnement de l'équipe. L'art de la pondération, elle-même variable selon les contextes, les interactions est de rigueur.

Cet ensemble fait appel à l'intelligence de situation relationnelle, selon Bonnet[5].

"Construction des fondements d'une intelligence sociale à portée individuelle et collective et à finalité interne (le patient) et externe (les interactions entre les acteurs). En effet, la démarche qualité peut aussi se décliner selon ces deux axes[6].

Individualisme / lien : un autre possible

Cette possible mise en lien, même transitoire met en scène soi et l'autre. La pertinence peut se construire en tentant d'identifier ce lien, sa compatibilité avec la liberté des individus. Trouver sa place dans l'équipe implique les notions de liberté et d'**égalité.**

Compromis entre l'individuel et le collectif. Echanges identifiés et construits, tissés dans la tension, compétences spécifiques et partagées, mise en situation réelle de communication sous-tendent négociation, compromis plus que consensus et simple information. Ainsi, se créer l'opportunité que les acteurs s'engagent, plus que s'impliquent dans le projet de soin du patient par une approche hétérogène et multiréférentielle.

Chacun approuve l'individualisme à titre personnel et le récuse au niveau collectif : paradoxe.

Selon Bonnet, *"l'interprofessionnalité serait une piste pour mettre en dialogue le rationnel et le sensible au service des usagers et des acteurs".*

Sensible : lecture de la réalité et la forme qui lui est donnée par chacun des acteurs à travers discours, comportements et actes

Rationnel : rationalisation des attitudes que l'on peut lire à travers la mise en avant des procédures et des recettes en terme de référence.

Inter-pro, compétence communicationnelle : quel lien ?

Donner une signification partagée au sein d'une action collective. La démarche inter-professionnelle permet le passage de la compétence (savoir-faire) aux compétences (savoir-être, savoir-devenir du professionnel et de sa pratique) mettant en dialogue le rationnel et le sensible. La mise enœuvre de ces capacités en terme de savoir-être ouvre la possibilité de participer, réellement, efficacement à une finalité constructive.

Chemin faisant vers la coopération professionnelle

Un postulat[9] évoque que toute situation professionnelle mise en situation de coopération est efficace. L'inter-professionnalisation revient à professionnaliser la communication.

L'absence de cette démarche s'illustre très bien dans les problématiques de transférabilité de ce qui a été acquis en rééducation au sein des unités de soins, particulièrement en gérontologie (soins de suite et de réadaptation gériatrique).

Aussi est-il intéressant de se questionner sur :

- la place laissée au patient dans le soin : est-il "exposé" au soin ou "partenaire" du soin ?
- le singulier en terme de "y-a-t-il une reconnaissance identifiée de la compétence, de la place de l'autre, la sienne ?"
- le positionnement du cadre de santé, les conditions qu'il met en place, ou pas, par son management.
- les types d'échanges, situation d'information exclusive ou réelle communication, entendue là comme concertation et négociation, particulièrement lors des transmissions, des staffs, des réunions de synthèses ici et là.
- le collectif, en terme de compétences collectives, une organisation peut-elle être apprenante[10] ?
- Sans oublier le plaisir à travailler.

(1) C. Eymard / (2) Y. Cottret, Méta modèle de communic'action / (3) J. Signeyrole, 2004, L'émancipation professionnelle par l'écriture...Usages de l'écriture et concept d'évaluation-régulation pour préparer des étudiants au rôle "formatif" de la kinésithérapie.

(4) A. Jorro par C. Ogor, Autoriser ou s'autoriser la formation à/par la formation en masso-kinésithérapie / (5) P. Bonnet, 2005, Interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble, des théories aux pratiques / (6) M. Hees, 2000, Le management, perspective soignante. / (7) J. Ardoino, Approche multiréférentielle / (8) C. Lepresle / (9) Saint Arnaud, 1995, L'interaction professionnelle, efficacité et coopération / (10) J. Mallet, 1996, L'organisation apprenante, l'action productrice de sens.

Arrêtons-nous un instant sur ce quotidien professionnel, particulièrement sur le parcours de soin du patient ne manquant pas de faire émerger de nombreuses ruptures inhérentes aux sorties tels que les transferts en intra-hospitalier, inter-services (...courts séjours - ssr...) ; la sortie du patient, particulièrement en gérontologie. Ce processus fait appel à la volonté de chacun de s'extraire un instant, "lever le nez" de sa pratique et regarder, observer, questionner le contexte.

En conclusion et en perspective

La démarche inter-professionnelle favorise-t-elle réellement ces éléments ? L'intérêt de se poser un temps sur cette réflexion, sans tirer de conclusions hâtives, permettrait, peut être de dépasser certains présupposés. La pensée commune entretient un cortège de préjugés ou "*contre-pensées*"[11].

Est-il possible d'oser croire, de s'inscrire dans cette logique a priori contradictoire en prenant en compte l'individu et non pas en gommant ses spécificités ; alors même que le paradoxe semble évident, organiser sa pensée entre identité et interprofesionnalité ? On regroupe les gens, pourtant, et les professions, et les individus veulent être de plus en plus fort de leur identité, est-ce conciliable ? Est-ce le même mouvement ? Va-t-il falloir choisir ? Comment gérer cela ? Cette réflexion ne cherche pas à apporter une réponse et encore moins "la" réponse, mais plutôt sa valeur ajoutée pour le patient, en sortant de cet allant de soi où tout semble normal et évident.

L'interprofessionnalité a quelque chose à voir avec la reconsidération du patient comme un tout. Elle est peut être une piste palliative au morcellement des pensées, délétère pour le patient.

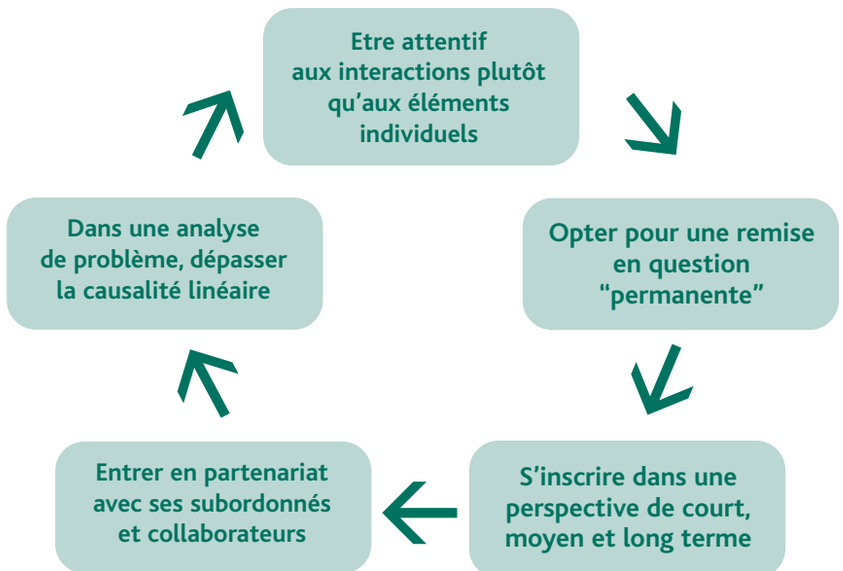
Actuellement, les regroupements sont tellement à la mode dans tous les domaines. Disposer de ce temps pour se regrouper ou pour travailler ? Travailler avec quelqu'un que je n'ai jamais vu, ayant déjà du mal à travailler avec mon propre voisin. Il n'est pas sûr que le temps que je perds à me regrouper n'est pas celui qu'il me faudrait à travailler, *dixit* quelques professionnels de santé interrogés[12].

Est-il nécessaire de se regrouper, à quel prix, dans un contexte contraint par le temps ?

Le cadre de santé est peut-être le marginal sécant[13] de cet enjeu, véritable centre nerveux de l'organisation, à la fois dans chacune des trois logiques – soignante, médicale et administrative – mais à leurs frontières, oeuvrant dans un contexte de double contrainte et d'injonctions paradoxales. Il en est ainsi, plus particulièrement, des cadres de santé chargés de missions transversales tels que les rééducateurs, véritables leviers d'opportunité de mise en lien.

Mettre en perspective ces éventuels liens, plus précisément la kinésithérapie en intra et en inter, plus largement la kinésithérapie et la société revient à ces quatre lettres : CQFD, pourrions-nous dire : "ce qu'il fallait démontrer" prend là tout son sens.

Le schéma ci-dessous, proposé par F. BACQ, décrit une attitude apprenante.



(11) G. Bachelard / (12) M. Faroult, L'inter-professionnalité en question, du processus d'altération à l'optimisation du soin pour le patient / (13) J.M Motta, Travail en équipe : positionnement cadre envers "l'un-dividu" soignant, cadredesante.com 8/10/2003

LE CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA
(500 LITS)
C.H.BASTIA
RECRUTE
4 MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES
pour son Service de Rééducation
Adresser lettre de motivation et CV à :
Monsieur Jean-Pierre PERON Directeur
BP680 20604 BASTIA Cedex
ou par mail : direction@ch-bastia.fr

Conseil en recrutement depuis 1988
spécialisé en SANTÉ et VIEILLESSE
Multi-Services Santé
recherche pour ses clients
DES KINESITHERAPEUTES Diplômé(e)s
• Postes en secteur privé et associatif
• Région parisienne et province
• Postes évolutifs
• Bonnes conditions de travail
Téléphoner pour renseignements à
Nathalie LAMOT au 01 48 52 02 04
ou faxer votre C.V. 01 48 52 02 94

CENTRE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
Etablissement neuf situé en proche banlieue parisienne 95 lits d'hospitalisation complète. Hospitalisation de jour.
Spécialités : Neurologie / Traumatologie / Orthopédie
Equipe pluridisciplinaire / Balnéothérapie, Gymnase, Isocinétisme
recrute : Masseurs-Kinésithérapeutes (H/F)
Contrat à durée indéterminée
35 heures hebdomadaires
Convention Collective FEHAP 1951
Envoyer CV et lettre à
CENTRE D'ORIENTATION SOCIALE
52 rue de l'Arbre Sec. 75001 PARIS
accueil@cos-siege.org / 01 43 93 26 00

LE CENTRE HOSPITALIER DE CASTELNAUDARY (AUDE)
recrute des
MASSEURS KINESITHERAPEUTES
Diplômé(es) d'Etat sur postes vacants
- Pas de garde, ni d'astreinte
- A temps plein
- Etudie toutes propositions
Adressez votre candidature (LM et CV détaillé) à *Madame Jacqueline Ratabouil*
Directrice des Ressources Humaines
Centre Hospitalier de Castelnaudary
BP 1200 - 11492 CASTELNAUDARY Cedex
Tél. 04 68 94 56 07

Le service de santé des armées
recrute pour ses hôpitaux militaires des
MASSEURS-KINÉSITHERAPEUTES
- de nationalité française (H/F)
- titulaires du diplôme d'État
- sous statut militaire
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE
Service de Santé des Armées
Direction centrale du Service de santé des armées
Section accueil - information
BP 125 - 00459 ARMEES - Tél : 01 40 51 69 01
Mél : info.carriere@sante.interarmees.defense.gouv.fr
Site : www.defense.gouv.fr/sante

Macroscope

Continuité des soins, professions sensibles et nouvelles gouvernance

"L'offre comme déterminant du management des activités de masso-kinésithérapie"

→ **Johann Berthe, Cadre supérieur de rééducation**

Quel médecin libéral en fin de carrière n'est pas confronté à la pénurie de successeur ? Quel service hospitalier ne doit pas organiser des fermetures de lits liées au manque d'infirmières ? Quel cadre de rééducation ne doit pas briller d'ingéniosité pour pallier le turn-over des masseurs-kinésithérapeutes (MK), et les postes vacants ? La pénurie de soignants est là, tout le monde le sait.

Le cas de la kinésithérapie hospitalière parisienne n'échappe pas à ce constat. Au début 2007, on dénombre en moyenne 8,5% de postes vacants. Cette moyenne traduit des réalités bien diverses puisque certains établissements affichent complet alors que d'autres comptent jusqu'à 49% de postes libres. En empreintant une formule bien connue, il est vrai que pour attirer ou fidéliser les masseurs–kinésithérapeutes il vaut mieux pratiquer la rééducation en court séjour dans Paris intra muros que la gériatrie en grande couronne.

Des solutions ?

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a recensé 20 professions dites "sensibles" pour lesquelles elle a commandé une "étude prospective sur les métiers de demain dans la Fonction Publique Hospitalière"[1]. Les métiers de masso - kinésithérapie et d'ergothérapie sont classés 17èmes de cette liste.

D'ores et déjà la réflexion engagée par les tutelles incite à des mesures concrètes pour faire face à ces difficultés :

- augmentation du numerus clausus des étudiants MK,
- simplification des procédures d'autorisation d'exercice en France pour les diplômes étrangers,
- accompagnement vers l'autonomisation de la profession (Bilan diagnostic kinésithérapique, autonomie dans la posologie des traitements, prescription, ordre professionnel...).

Localement, les actions spécifiques consistent à proposer des contrats d'allocation d'études aux étudiants pour les attirer, à mettre en place une politique sociale (logement, crèche, parking...) plus favorable pour ces professions. Au niveau financier, les marges de manœuvre des établissements sont faibles. On ne peut pas dire que la latitude à proposer des ponts d'or au MK dans la fonction publique hospitalière soit régie par l'idée de "ce qui est rare est cher".

En terme de management, le contexte est un peu différent. Jamais, le cadre des activités de soins n'a été autant en situation d'avoir de l'ascendance sur son champs d'activités. La nouvelle gouvernance[2], par la création des pôles et par les délégations de gestion, place clairement l'encadrement de soins dans des dimensions nouvelles en confiant aux cadres de proximité une zone de couverture plus étendue, et aux cadres en général des missions transversales et/ou des missions de pilotage de pôle (ou d'activités) avec un nouveau métier : coordonnateur paramédical de pôle[3].

Pour accompagner ces délégations, la contractualisation a été mise en route. Des tableaux de bord[4] font le suivi de critères comme l'activité, les dépenses, les risques, les projets et servent d'outil d'évaluation des résultats au regard des objectifs énoncés. Cela conditionne les moyens, l'intéressement... l'avenir. Les pôles ou activités transversales s'inscrivent naturellement dans cette logique. Le suivi des activités est réalisé. L'imputabilité des prestations des pôles demandeurs est possible. Les partenariats se formalisent pour optimiser les organisations, responsabiliser les prescripteurs (juste prescription), favoriser l'efficacité de chaque euro dépensé. La biologie, la radiologie, la pharmacie sont souvent citées en exemple.

La rééducation n'échappe pas à cette dynamique. Les structures et organisations de rééducation centralisées et prestataires de service décrites par M.GRENON et F.PIVIN[5] font désormais office de modèle et favorisent les échanges du type "client/fournisseur". Ce préalable permet alors aux cadres qui gèrent les activités de rééducation de pouvoir contractualiser leurs activités avec les pôles demandeurs. Dans ces contrats peuvent figurer les critères jugés opportuns pour favoriser la qualité de la prise en charge du malade ou manager les problématiques actuelles (la pénurie de personnel par exemple ?).

Nouvelle gouvernance et pénurie de personnel : l'exemple de l'offre comme déterminant du management des activités de kinésithérapie.

Les réalités multiples

La dimension des besoins dans le champ de la rééducation est assez peu circonscrite et ne fait pas l'objet d'un consensus dans les différents secteurs où elle est pratiquée. La recherche sur la juste prescription du soin de kinésithérapie est d'ailleurs muette si l'on associe dans un moteur de recherche Internet les 3 mots clés : juste-prescription-kinésithérapie.

Dans l'expérience collective on retrouve parfois comme consigne du chef de service "tous les patients sont à voir" ou "pas de rééducation chez moi". Au quotidien, nous sommes fréquemment confrontés au fait que les chefs de cliniques mais surtout les internes en médecine qui changent tous les semestres n'ont pas dans leur cursus de formation tous les tenants et les aboutissants des activités de rééducation (hormis pour la spécialité en Médecine Physique et Réadaptation). Si les motivations qui initient la prescription de rééducation sont hétérogènes et qu'elles ne peuvent échoir aux seuls médecins, pas tous bien formés à cette pratique, que faire ?

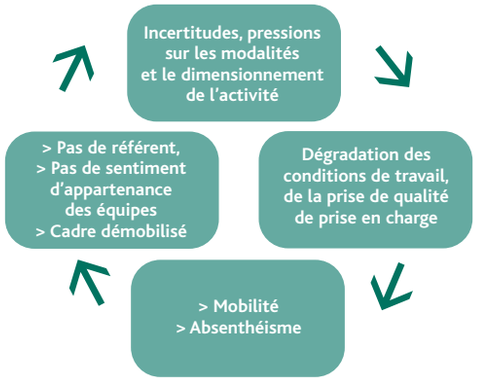
L'approche de la gestion par l'offre des activités de kinésithérapie

L'offre, dans son approche économique, a été étudiée et publiée en premier vers la fin du 18ème siècle[6]. Elle place la production comme élément déclenchant d'un cercle vertueux économique. En effet, les personnes qui contribuent à la production augmentent leurs revenus. Ceux-ci épargnent, mais surtout consomment ou investissent, ce qui génère de la demande : la boucle est bouclée. Retenons du concept initial, une vision pragmatique adaptée à la kinésithérapie hospitalière. Les dangers, si l'offre n'est pas bordée, sont de différentes natures. D'une part, la demande peut submerger les MK qui alors doivent faire front à des problématiques de surcharge. On parle d'abattage, les conditions de travail et la qualité des prestations se dégradent, et le cercle vicieux s'instaure. L'étude Presst next[7] décrit les caractéristiques de ces hôpitaux devenant "répulsifs".

PRESS-NEXT (tiré de l'Infirmière magazine n°201 janvier 2005 page 30).

Incertitude sur les traitements à administrer.
Pas de temps de transmissions entre les équipes.
Faible collaboration interprofessionnelle.
Travail debout fréquemment > à 6 heures/jour.
Postures inconfortables.
Score élevé d'épuisement professionnel.
Peu d'initiative sur les horaires de travail.

CERCLE VICIEUX



D'autre part les MK sont confrontés à de l'incertitude sur les activités à prioriser. Ils doivent faire face aux insatisfactions, seuls, sans s'appuyer sur des référentiels et des valeurs communes. Ils s'essoufflent à argumenter ou ignorer. Les conditions de travail et de prise en charge se dégradent. Les MK s'en vont. Les plus fidèles doivent assumer l'activité et former sans cesse des MK qui partent. Ils se lassent.

Circonscrire l'offre

L'activité doit trouver son dimensionnement le plus équilibré. Les variables sur lesquelles l'encadrement doit s'appuyer pour faire ses propositions concernent : les références professionnelles (nomenclature générale des actes professionnels), en tenant compte des types d'activités (MCO, SSR, Gériatrie, séances individuelles, collectives, durée des séances, répétition des séances[8]), de la structure de travail (plateau technique centralisé, services balkanisés, pavillonnaires...), de la composition et de l'organisation des équipes (brancardiers, autres rééducateurs, qui saisit l'activité ? ...), et bien sûr du nombre de personnes qui compose son équipe.

Ce volume de prestations peut être ensuite réparti de manière équitable et pour les activités contractualisables avec les pôles demandeurs, celles-ci peuvent faire l'objet d'un suivi dans un tableau de bord. Le pôle qui estimerait que les activités de rééducation sont sous représentées peut se doter de moyens supplémentaires, affectés soit au pot commun, soit à des activités clairement identifiées et priorisées. En cas de difficultés ponctuelles, des conduites à tenir peuvent être déterminées.

Cette base étant jetée, le cadre en partenariat avec les responsables de pôles et les directions fonctionnelles (Directions des Soins et des Ressources Humaines), peut alors travailler avec ses équipes pour peaufiner les champs d'action et déterminer les outils d'évaluation de l'efficacité des choix entrepris avec notamment :

- déterminer les profils de malades à rééduquer
- créer une zone d'autonomie au MK (autogestion dans un environnement circonscrit)
- trouver les partenariats avec les équipes soignantes respecter les procédures de prise en charge
- évaluer les résultats des prises en charge
- rendre compte des critères retenus pour l'évaluation
- faire progresser le projet si besoin

(1) Etude prospective sur les métiers de demain dans la FPH. DHOS/P2/septembre 2006/ONEM. / (2) Par l'Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 portant simplification du régime public des établissements de santé / (3) Appellation commune qui dans le texte est "cadre de santé nommé pour assister le praticien responsable de pôle". (4) A l'AP-HP : le "4 cadrans" dont les critères de base sont communs pour l'évaluation des performances des pôles / (5) Chargés de mission AP-HP. Enquête DPRS octobre 2000 sur la structure et l'organisation des unités de rééducation. Elles ont identifié 4 types d'organisation : centralisée, sectorisée, mixte, éclatée.

(6) L'économiste français J.B SAY dans Richesse des nations (1776). / (7) Promouvoir en Europe, santé et satisfaction au travail : Enquête de novembre 2002. (www.presst-next.fr) / (8) AP-HP : Etude de la charge de travail en masso-kinésithérapie (L.ROYANT, R.GANTER) 1989 - Etude de la charge de travail par spécialités en rééducation fonctionnelle (L.PALMENTIER, C.MASSIMI) 1997.

Une approche financière[9] :

Un MK gagnant 1500 euros nets par mois sur 13 mois coûte à son employeur annuellement 1 500 (salaire net) X 1.2 (charges salariales) X 1.4 (charges patronales) X 13 (nombre de mois) = 32 760 euros. En considérant que ses séances puissent être valorisées en moyenne à AMC 8 (à 2,04 euros l'AMC), il devrait faire environ 32760/8/2,04 = 2007 séances pour être "rentable".

Un salarié travaillant à peu près 205 jours par an (CA, RTT, JF, WE compris), on peut dire que par cette approche, il y a un équilibre lorsqu'il traite individuellement 10 malades par jour. Chaque patient reçoit donc en moyenne 30 minutes de soins directs. Le reste de la journée est du temps indirect (staff, encadrement de stagiaires, saisie de dossier, visite...) Pour 2000 euros de salaire net, le kinésithérapeute dans les mêmes conditions doit traiter 13 malades (et/ou contribuer à de la formation, de la recherche).

Le MK libéral, qui veut gagner 1500 euros nets mensuels (50% de charges + 15% de congés payés) dans des conditions similaires doit traiter lui aussi 10 patients par jour.

Le salaire n'est pas un élément discriminant d'attractivité en défaveur du salariat pour une activité inférieure ou égale à 10 à 15 malades par jour (en fonction des activités, des structures...).

Les effets positifs de cette dynamique ne tardent pas

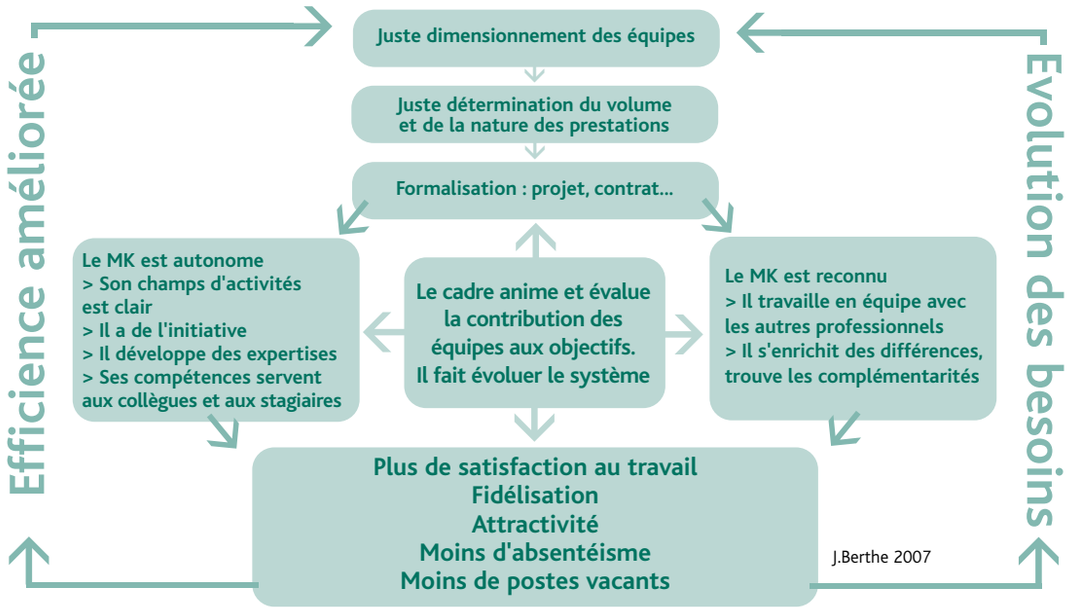
En sociologie[10], certains schémas de collaboration professionnelle ont démontré leur plus-value. Il est ainsi prouvé que plus les équipes transversales sont présentes dans les services, plus elles collaborent avec les différents acteurs des soins, plus elles sont intégrées et plus elles sont valorisées et efficaces. Là aussi, le cadre par une organisation permettant les activités principales mais aussi l'entraide des MK, favorise l'acquisition et l'expression des expertises, pour le bien du malade. Les équipes s'autonomisent et donnent du sens à leur activité. Dès lors les équipes priorisent, négocient, partagent.. Elles peuvent alors voir plus loin. Former. Chercher. Avoir des projets.

Cette dynamique met à jour la qualité de l'encadrement, chargé de promouvoir, faciliter, valoriser, évaluer et faire progresser les activités au regard des moyens, des objectifs énoncés, des résultats attendus. L'étude PRESST-NEXT regroupe ces caractéristiques dans le tableau ci-dessous.

Quelques caractéristiques des hôpitaux dits "magnétiques"[11]

Satisfaction au travail, qualité des cadres, qualité des relations interpersonnelles, plus faible charge émotionnelle, forte autonomie au travail, peu d'incertitude sur les traitements à administrer, plus grande influence sur le choix des horaires et du rythme de travail, faible score de posture penchée et de manutention...

MODÉLISATION DU CERCLE VERTUEUX



En économie, il est admis que l'offre est un élément de régulation de la demande, mais aussi du prix. Il apparaît qu'en terme de soins, par la mise en œuvre d'une réflexion sur l'offre, les cadres contribuent à la valorisation et donc à la reconnaissance de leur activité. Ces derniers proposent, argumentent, négocient. Les interlocuteurs administratifs, médicaux, les personnels, les patients et leur entourage ont une réponse aux questions "Quelle activité a-t-on ?, Quelle activité veut-on ?".

Loin du fatalisme où les habitudes et la personnalité de quelques-uns sont les clés de la gestion, la nouvelle gouvernance réouvre les portes, redonne de l'espoir. Elle dresse un nouveau portrait des résultats, de la valeur. Elle trace d'autres voies de la reconnaissance.

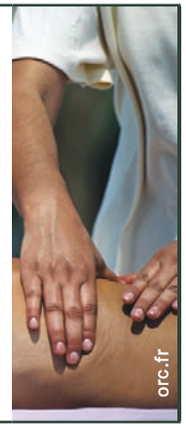
(9) Approche corroborée par l'étude AP-HP indices de productivité par activité. Exemple 2. Page SMT4 1991 / (10) E.DURKHEIM De la division du travail social. 1893 / (11) Promouvoir en Europe, santé et satisfaction au travail : Enquête de novembre 2002. (www.presst-next.fr) / (12) E.ROUSSEL, D.MICHON : kinescope n°3. Mars 2007 pp13-15

Kinésithérapeutes D.E. expérimenté(e)s

LFP PROVENCE, votre partenaire expert dans les métiers de la santé, vous propose :
- des missions d'intérim variées (thermalisme, thalassothérapie...) sur toute la France,
- un accompagnement adapté à vos besoins (logement possible, frais de transport SNCF pris en charge...),
- un salaire négocié selon votre expérience.

lfp Intérim PROVENCE

Véronique Dauvergne
Tél. : 04 93 82 48 57
lfpprovence@lfpinterim



LE CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLES PASTEUR À TROYES (AUBE)

COS

RECHERCHE 1 KINÉSITHÉRAPEUTE D.E EN CONTRAT A DURÉE INDÉTERMINÉE

pour intégration à son équipe de rééducation
(10 kinésithérapeutes, 5 ergothérapeutes, 2 professeurs d'A.P.A,
1 orthophoniste, 1 psychologue, 1 assistante sociale)
pilotée par 4 médecins dont 2 spécialistes de Médecine Physique et de Réadaptation.

Établissement (privé à but non lucratif) de rééducation polyvalente de 63 lits et places ouvert en janvier 2002, bien équipé et accrédité (V1), et qui applique la convention collective FEHAP.

CONTACT :
Philippe VOISIN (Directeur) philippe.voisin@crrf-pasteur.com
Téléphone : 03 25 43 78 94
Site web : www.cos-crrfpasteur3.com

Commune de BEYNAC et CAZENAC - Périgord Noir

RECHERCHE
MASSEUR KINESITHERAPEUTE
Désirant s'installer dans le Sarladais.

Commune rurale (classée "un des plus beaux villages de France") très touristique, accueille 800 000 visiteurs par an.
A 10 Km de Sarlat, axe Sarlat-Bergerac, plein coeur de la Vallée Dordogne.
Situé entrée Bourg, cadre champêtre, parking, proche école et tous services (50 m des commerces).
La commune étudiera toutes propositions avec bienveillance.

05 53 31 34 00
mairiebeynac@wanadoo.fr

Vous êtes masseur-kinésithérapeute ?
Pour évoluer, rejoignez l'équipe du CHM
Evoluez et gagnez en professionnalisme, en qualité de vie, en sécurité.

Le Pôle de Médecine Physique et Réadaptation - Rhumatologie du Centre Hospitalier de Mulhouse recherche
des masseurs-kinésithérapeutes à temps plein en CDI.
Postes à pourvoir de suite.
Réelles perspectives d'évolution, possibilités d'intégration dans la fonction publique.
Candidature (lettre et CV) à envoyer au :
Directeur des Ressources Humaines
87 avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 MULHOUSE CEDEX
Pour tous renseignements, s'adresser à M. GROSS, cadre du Pôle au 03 89 64 61 06
email : grossm@ch-mulhouse.fr
ou au bureau de recrutement au 03 89 64 79 29

Rejoignez le CHM et les valeurs qui font la noblesse du service public hospitalier

Centre Hospitalier de Mulhouse
Au service de la vie

MEDICA FRANCE

C'est + de 100 établissements, retraite et sanitaire qui dispose de son propre centre de formation,

recrute

Établissement dans le 78 recherche un Kiné à temps complet à partir du mois de juillet en CDI.

Établissement dans le 38 à Echirolles recherche 4 kinés à compter de septembre 2007 à temps plein ou temps partiel.

Établissement sur Colombier recherche un MKDE à temps plein.

Établissement sur Lyon recherche un kiné 12h par semaine de 9h à 12h les lundi, mardi, jeudi et vendredi.

Établissement à Bourg en Bresse 01 recherche 1 kiné en CDD temps plein du 4 au 8 juin et du 30 juillet au 24 août 2007.

L'établissement de Lyon recherche 1 kiné pour remplacement du 15 juin au 18 octobre, du 18 juin au 13 juillet, du 13 au 31août, et un mi-temps du 2 juillet au 17 août.

Toutes les candidatures sont à envoyer à ***Carole BAYINDIR KHAYAR*** au :
39 rue du Gouverneur Général Félix Eboué
92130 Issy les Moulineaux
ou par mail à :
evelyne.valenti@medicafrance.fr

Kinésithérapeutes d'ici et d'ailleurs

→ Renata Peroy Badal, Masseur-kinésithérapeute espagnole

Kinéscope : Renata, pour quoi et comment êtes-vous venue exercer en France ?

Rénata : Je suis une des nombreuses kinésithérapeutes recrutée par l'intermédiaire de l'office public de migrations internationales (OMI) dépendant du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Cette structure cherche à pallier au manque de professionnels qui existait, et continuent à exister au milieu hospitalier. J'avais des difficultés à avoir un poste en Catalogne après mes études, car les places salariées sont limitées. J'avais envie de me former, et le niveau de compétences en kinésithérapie français est réputé en Espagne, cela m'a décidé à venir.

Kinéscope : Parlez nous des difficultés de langue, en réanimation face aux patients atteints de cancer.

Rénata : Le début n'a pas été facile, j'ai été confrontée à des situations difficiles: l'impossibilité des patients à faire de la rééducation à cause de la fatigue ; ma peur de ne pas savoir agir devant la souffrance et les douleurs caractéristiques d'un patient avec cancer ; mes doutes sur quels objectifs poursuivre et comment être efficace sans fatiguer le patient dans un service lourd comme la réanimation ; il faut ajouter aussi la difficulté de travailler avec une langue qui n'est pas la sienne, et avec laquelle je ne pouvais pas communiquer. A ce moment-là j'ai vu que ma formation reçue en kinésithérapie n'était pas suffisante. Le choc m'a obligé à réagir en cherchant de nouvelles ressources et formations, toujours avec le désir d'aider le patient comme moteur, et apprenant dans mon travail quotidien grâce lui.

Kinéscope : Cela vous a conduit à valider un diplôme universitaire ?

Rénata : Je voudrais remercier l'Institut Paoli Calmettes qui m'a donné l'opportunité d'obtenir un apprentissage accéléré du français, une formation en soins palliatifs, un diplôme universitaire en kinésithérapie respiratoire pour mieux comprendre la réalité de ceux que j'avais en face, et d'obtenir de bons résultats professionnels. Ce DU m'a aussi donné la possibilité de réaliser un travail d'investigation sur le développement d'outils d'éducation thérapeutique du patient, comme un élément de prévention.

Kinéscope : Cette formation et cette recherche vous ont- elles fait changer votre vision du métier masseur-kinésithérapeute ?

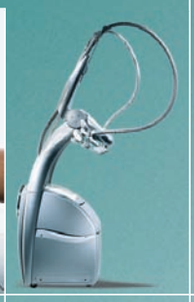
Rénata : Cheminer par et pour une recherche m'a fait changer ma vision du métier de masseur-kinésithérapeute, je suis passé d'un projet d'écriture sur la spiromètrie - projet de recherche totalement technique - à l'éducation thérapeutique, qui fait appel à l'aspect individuel, singulier et personnel du patient ; il fait appel à la manière dont le patient reçoit la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial.

En cherchant des pistes sur l'éducation thérapeutique, et en les mettant en pratique avec mes patients, cela m'a permis de me former et ça a produit une "rétro-alimentation" continue. J'ai compris que pour obtenir un bon résultat il faut mettre en lien, au même niveau, trois composantes : la technique, l'éducation et la relation patient-kinésithérapeute.

Kinéscope : D'autres MK peuvent-ils emprunter cette démarche ?

Rénata : Je voudrais encourager les kinésithérapeutes d'entrer dans le champ de l'investigation et de la recherche... champ oublié dans notre profession ; j'aimerais inciter, par cet exemple, à ce que comme moi ils avancent sans être expert, pour que tous ensemble nous puissions progresser et améliorer notre champ professionnel.

- **Renata Peroy Badal**
- **Catalane née en 1977.**
- **DE : 1999**
- **Réanimation et chirurgie viscérale cancérologique à l'Institut Paoli Calmettes 2003 - 2007**


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

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.

1280-1 - FR - LPG Systems - S.A. au capital de 2 000 000 euros - Siren 335 183 836 RCS Romans © Copyright LPG Systems 2007 - LPG, Cellu M6 et HUBER sont des marques déposées. Toute reproduction, même partielle est strictement interdite. Photos non contractuelles.

Le traitement de référence face aux entorses

conforme LPPR

Elastoplaste®

conserve sa qualité, a changé de packaging et changera de nom dès 2008

Elastoplaste® >>> Tensoplast®

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**.

Référence N°1

BSN medical

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