kinéscope

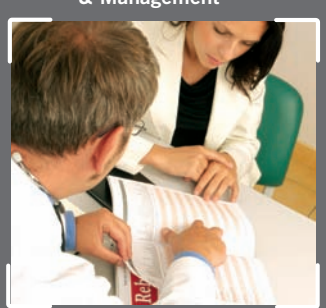
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Kinésithérapie et contractualisation

L'utilité sociale en question P05

→ P11 Formation & Universitarisation

→ P13 Contractualisation & Management



→ P19 Direction & Directeurs des soins

Octobre 2007
n°06

"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 boite de 6 emplâtres
18 € pour toute commande de 3 boites ou plus + frais de port offerts !
Offre valable jusqu'au 31 août 2007
Frais de port : 5€
www.3bscientific.fr
Catalogue gratuit sur simple demande
Ostéologie
Anatomie
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

PHYTODERMIE®
Gels à base d'huiles essentielles
MASSAGE
RÉÉDUCATION POST-TRAUMATIQUE
RÉÉDUCATION POST-OPÉRATOIRE
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
DERMASPORT Gel cryo, Tube 125 ml et Flacon 500 ml (gel d'application sur traumatismes musculaires et articulaires)

Sommaire n°06 Octobre 2007

Kaléidoscope
Utilité sociale et contractualisation P04

Au cœur du métier
Evaluation des pratiques professionnelles P07

Au cœur de la formation
Professionnalisation et universitarisation P11

Au cœur des organisations
Contractualisation, outil de management P13

Au cœur de la formation
Contractualisation en formation P17

Macroscope
Direction et Directeurs des soins P19

Au cœur de la recherche
Choisir une méthodologie : pour quoi ? P24

Kaléidoscope
JNKS Lille 2008 P26

CNKS au cœur du métier...

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

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.

Impression
Groupe Corlet Imprimeur

Dépôt légal :
4ème trimestre 2007
ISSN : 1956-7596

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

kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

Périscope

"Ce que l'homme perd par le contrat social, c'est sa liberté naturelle et un droit illimité à tout ce qui le tente et qu'il peut atteindre ; ce qu'il gagne, c'est la liberté civile et la propriété de tout ce qu'il possède".

J-J. Rousseau

Quel contrat avec la société ?

Très en vogue, voire nécessaire, la contractualisation est dans tous les discours et bientôt dans tous les actes. Reste que ce processus vanté comme dynamique crée semble-t-il incompréhension, résistance et autres entrelacs de formalisme à forte valeur ajoutée d'inertie et de paralysie. La kinésithérapie dont l'utilité sociale est sans cesse attaquée - à moins qu'elle n'ait pas encore été réellement démontrée - n'échappe pas à cette vague du "(re)nouveau contrat social" dans le domaine de la santé.

Avec ce numéro de Kinéscope nous nous engageons d'ici aux JNKS de Lille - au-delà de son histoire, de ses croyances, de ses a priori et autres allants de soi, de ses dogmes et autres postulats - à amplifier la réflexion sur l'essence même de la kinésithérapie, sur sa mise en perspective, sur sa capacité d'adaptation, d'adéquation, aux attentes sociétales. En retour l'histoire de l'humanité, bienfaits et catastrophes mêlés, doit nous aider à comprendre le sens de la vie, du mouvement, du temps, de l'espace et de l'activité humaine pour mieux construire notre "présence" dans chacune de ces dimensions du rapport au monde et du rapport à l'autre, et donc de la relation.

Connaître l'évolution de notre métier, de ses pratiques, pour pouvoir en parler autrement que dans le phantasme relève des obligations des responsables d'organisations professionnelles mais aussi de la responsabilité de tous et de chacun. Pour obtenir ou conforter, la reconnaissance professionnelle - issue de ce contrat - il nous faut avant tout accepter le principe d'une évaluation de l'utilité sociale de l'ensemble de la profession et de ses métiers.

Le travail de fond réalisé par le CNKS depuis plusieurs années sur la formation initiale et cadre, sur le métier et les pratiques professionnelles, sur la recherche, sur l'expertise... seront mis à disposition de cet objectif : accompagner (*) le changement pour ne pas le subir.

Jacques Bergeau

(*) En avoir l'intuition, l'anticiper, le prévoir, le guider

L'utilité sociale :
entre utilité économique et intérêt général ?

→ Yves Cottret, président du CNKS

"L'utilité économique" réfère à la demande solvable sans considération du social ou de l'environnemental. A l'inverse, tout service non monnayable ne relève pas de la sphère de "l'utilité économique". Le terme d'utilité devrait plutôt référer à toute activité ayant une valeur sociale dans la collectivité. Le postulat selon lequel la somme des intérêts individuels déterminent l'intérêt général est infondé voire hasardeux.

D'après J-J Rousseau l'intérêt général fonde la démocratie : un jugement, rationnel et vertueux, émis par le peuple rassemblé exprime la volonté générale… difficile néanmoins à réaliser à partir de données parcellaires et partisanes ! Avec le concept de démocratie inachevée, de Rosanvallon, l'intérêt général n'est jamais acquis mais toujours à construire. C'est un effort permanent de mise en relation des acteurs d'une collectivité, pour dépasser les préjugés et les intérêts particuliers. Le désaccord y est délibéré, négocié. Ainsi l'intérêt général englobe la définition de l'utilité sociale : c'est un processus d'introspection des hommes sur eux-mêmes pour vivre ensemble.

Dans ce cadre l'évaluation de l'utilité sociale d'une profession - qu'il convient d'opérer avec tous les professionnels, partenaires publics, utilisateurs, partenaires techniques et financiers - est nécessaire pour clarifier ses finalités, pour piloter son projet sociétal et suivre ses activités, pour prendre conscience du sens des actions menées et pour mobiliser ses membres sur le projet de la profession.

Elle est aussi indispensable pour valoriser sa plus-value sociale auprès de ses partenaires, de ses bénéficiaires et pour co-construire l'utilité sociale de ses services dans une approche partenariale.

Les études sur métier, compétences et pratiques, en lien avec des universitaires spécialistes ont permis au CNKS de mieux appréhender ce qui fonde et révèle l'exercice salarié de la profession. Les éléments de ces études objectivent un corpus opposable pour légitimer la kinésithérapie et les kinésithérapeutes dans notre société. La reconnaissance sociale forte d'une profession nécessite d'être appuyé par un discours (étayé de preuves) de :

→ la détention d'un savoir professionnel ou spécifique - et donc tiré de et confronté au savoir commun des professions de santé - évolutif et adéquat à la commande sociale. Aucune reconnaissance - et donc protection - du métier ne peut reposer sur la seule compétence "artistique". Elle s'ancre sur une formation qui la justifie et qui sait s'adapter aux besoins nouveaux à satisfaire,

→ l'unicité professionnelle - et donc reconnaissance mutuelle de ses métiers - ainsi qu'une réalité d'exercice de l'art incritiquable et régulée par une instance forte et efficace ; pour prouver une originalité propre et réaliser effectivement ce que d'autres acteurs de santé ne sont pas en mesure de proposer il s'agit d'être au rendez vous et à la hauteur des ambitions de la réputation que l'on souhaite constituer, signe de reconnaissance sociale et économique,

→ l'utilité sociale de l'exercice professionnel ; l'utilité sociale du kinésithérapeute se définit et se clarifie en réhabilitant la notion de services fournis par la profession. Cela impose un discours nouveau sur la qualité et l'évaluation des pratiques allant bien au-delà des normes désuètes édictées par l'état. Il faut que les kinésithérapeutes réfléchissent par eux-mêmes, sur eux-mêmes, en évitant le repli identitaire, en inscrivant le métier dans la chaine du soin.

Faut-il toujours - et comme trop souvent la "profession" s'y complait de façon récurrente - attendre de l'Etat (ou ses agences) qu'il contribue, par la commande publique, à la réputation des kinésithérapeutes ?

La "délégation consulaire" ordinale pourra-t-elle initier cette responsabilisation ?

Il convient de prôner une véritable contractualisation auprès d'un tiers opérateur réellement neutre et des kinésithérapeutes "sans étiquettes" dans ce processus de reconnaissance et de valorisation que doit être l'(auto)évaluation des pratiques professionnelles. Mais encore faut-il pouvoir éviter le terreau des partisans, de la dichotomie et du népotisme, qu'une nouvelle usine à gaz trop hâtivement signée ne manquera pas de faire germer.

La contractualisation

→ Daniel Michon, directeur d'IFCS

Au cœur du pilotage dans la complexité : la contractualisation

Dans un univers qui se mondialise et se complexifie, les formes de régulation sociale sont amenées à changer. La planification, la bureaucratisation et la décomposition des activités ne sont plus des démarches organisationnelles efficaces : les charges de contrôle hiérarchiques qu'elles véhiculent ne sont plus à même de satisfaire les impératifs d'adaptation et d'innovation rapides imposés par l'échange généralisé. La société devient plus fluide et les relations sociales laissent une plus grande place aux réactions et anticipations des individus ou des groupes. La réglementation est garante de l'ordre public, mais doit laisser une place plus importante à l'élaboration interactive et négociée entre les acteurs, cherche à favoriser la coopération entre différents niveaux d'organisation, s'adapte à différents systèmes économiques et sociaux… Le contrat, parce que les limites sont définies par les parties qui le signent, est un moyen souple de construire des collaborations, des ajustements entre pouvoirs ou expression d'intérêts, des coordinations fonctionnelles, des espaces ponctuels de négociation des nouvelles normes…

De plus, la contractualisation en soi porteuse de flexibilité, contient aussi une forme d'énergie renouvelable puisqu'elle permet à des acteurs qui se sont choisis, d'échanger, de définir une politique, un projet ou une démarche, en délimitant les responsabilités et les marges d'autonomie, les objectifs et les modalités, les calendriers et les activités visés… La généralisation de cette forme de régulation est à la fois révélatrice, cause et conséquence, de l'individualisation croissante dans les rapports sociaux. Dans les organisations, les rapports de pouvoir deviennent moins visibles et la séparation conception/exécution moins tranchée : l'adhésion, la réactivité et l'innovation sont recherchées et assurent, dans des rapports de force plus ou moins voilés, des avantages recherchés pour les parties. Le chef de projet gagne en indépendance et en responsabilité mais accroît ses contraintes même si son activité est moins encadrée : l'autonomie souhaitée n'est pas simplement accordée, elle est exigée. Il lui revient de gérer les situations inopinées, d'intégrer les contraintes, de réguler les tensions, de manager la complémentarité des entités en réseau et d'assurer la cohésion d'ensemble du projet.

"Dans un univers qui se mondialise et se complexifie, les formes de régulation sociale sont amenées à changer."

Les ergonomes analysent l'augmentation des charges de travail liées à la réflexivité croissante exigée des acteurs : si les pesanteurs hiérarchiques internes s'adoucissent, des contraintes moins visibles se mettent en place, très souvent à distance, à partir des marchés, des agences de régulation ou des conditions faites au financement de l'activité.

Kaleïdoscope

La contractualisation (suite)

→ Daniel Michon, directeur d'IFCS

Notre profession, dotée d'un art de soigner fondé sur des pratiques de toucher et de gymnastique venues du fond des âges et de différentes cultures, confrontée à une évolution prodigieuse de ses techniques et de ses indications, a jusque là été peu encline à écrire et à argumenter ses traitements et ses résultats.

Dans le contexte d'aujourd'hui, avec le développement des EPP (Evaluations des Pratiques Professionnelles), cela devient une nécessité.

Même dans le cadre d'une activité prescrite, le professionnel se trouve confronté à un spectre étendu de possibilités et la société attend qu'il réponde des choix qu'il fait pour soigner les patients : quelles formes de contractualisation développer ?

Pour qui ? Pour quoi ? Quelles valeurs inscrire au cœur de nos pratiques et de nos cadres déontologiques ?

En amont de la nécessaire identification des objets de nos contractualisations et de la laborieuse recherche des modalités à chaque fois appropriées, sans aborder le travail d'explicitation nécessaire pour lever les craintes inhérentes à toute démarche d'engagement, il me semble opportun de rappeler la transparence qu'auront toujours dans un contrat de délivrance de soins, l'empathie et la sollicitude apportées au patient par le professionnel. Au cœur du pilotage de nos traitements, et comme une clause indélébile de notre contrat professionnel, n'y aura-t-il pas toujours, et sachons nous en réjouir, l'"insoutenable légèreté" des êtres ?

au cœur **du métier**

Dominique Grosse, directeur des soins,
Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute

→ L'EPP en question ?

Depuis de nombreuses années évaluation, qualité et sécurité des soins figurent dans tous les textes relatifs au domaine de la santé : ANDEM en 1990, loi portant réforme hospitalière en 1991, recommandations professionnelles, références médicales opposables en 1993, ordonnances dites Juppé en 1996, ANAES en 1997, audit, plans d'amélioration qualité, accréditation des établissements hospitaliers et évaluation des pratiques professionnelles à destination des médecins libéraux en 1999, loi du 4 mars 2002, loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, décret du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de Santé, décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, certification*…

Le but de ces textes est d'améliorer de façon continue la qualité des soins et du service rendu au patient par l'ensemble des professionnels de santé face aux évolutions, scientifiques et technologiques, mais aussi face à la variabilité des pratiques dans un environnement de fortes contraintes réglementaires et économiques. Cette démarche s'inscrit dans le contexte du questionnement sur la structuration actuelle et future du champ sanitaire et médico-social français.
Ces textes posent le principe de la formation continue, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances, obligatoire pour tous les professionnels et celui de l'évaluation des pratiques professionnelles, d'aspect plus formatif, basé sur une approche clinique et professionnelle des activités réalisées.

Objectifs et contexte

L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 précise que le but de l'EPP est l'amélioration continue, de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'objectif de l'EPP est la qualité dans la mesure où les besoins de l'usager sont au cœur de toute démarche qualité. Pour l'AFNOR la qualité est "l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites" Pour l'OMS la qualité des soins c'est la garantie pour chaque patient d'un assortiment thérapeutique assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et à sa grande satisfaction (procédures, résultats, contacts humains).

Cette démarche concerne la pratique médicale et paramédicale, tant en ambulatoire qu'en établissement de santé. Sa mise en œuvre s'appuie sur une méthode et suit un protocole, défini par le ou les professionnels de santé, elle débouche sur des mesures professionnelles destinées à améliorer la prise en charge des patients.

*** D'autres textes complètent le puzzle :**
Décret du 31 décembre 2001 : le cadre de santé est le "garant de la qualité des soins", le cadre supérieur de santé " décline les objectifs transversaux (démarche qualité…)"
Décret du 19 avril 2002 : le "Directeur des soins détermine la politique d'évaluation des pratiques de soins, collabore à la gestion des risques…"

Dominique Grosse, directeur des soins,
Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute

L'EPP représente une exigence nouvelle, dans le cadre de la certification. La Haute autorité de santé a fait de l'EPP un des axes prioritaires de la V2 intégré dans nombre de ses références (cf bas de page 9)

Le décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers médico techniques et de rééducation précise que la CSIRMT est consultée sur l'évaluation des pratiques professionnelles et la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La place croissante de l'usager au sein du système de santé, un certain consumérisme médical et le rôle des médias renforcent les exigences de qualité, de sécurité et d'efficience.

Si l'EPP représente un enjeu majeur pour les patients premiers concernés par la qualité des soins c'est aussi pour tous les paramédicaux un nouveau défi, un réel enjeu professionnel : c'est un outil important pour la recherche clinique, c'est encore un outil pour la formation, c'est également un enjeu éthique : le choix d'une stratégie thérapeutique doit prendre en compte l'utilité et l'acceptabilité pour le malade, les rapports coûts/ efficacité, avantages/inconvénients. Mais c'est aussi un enjeu pour les pouvoirs publics dans leur rôle de régulateur et de garant de la qualité du système de soins. C'est à l'aune de la somme de tous ces enjeux que sa mise en place progressive doit s'inscrire comme un processus continu. (amélioration continue de la qualité selon DEMING)

L'EPP à l'hôpital

L'EPP s'inscrit dans une démarche d'amélioration des pratiques et de la qualité de la prise en charge des patients. Elle concerne tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des patients, en ambulatoire et en établissements de santé.

Elle peut se dérouler de manière individuelle (notamment pour les actes à risques), mais le plus souvent elle relève d'un projet collectif, monodisciplinaire ou pluridisciplinaire, interprofessionnel.

Pour les professionnels en établissement de santé l'amélioration de la qualité repose sur l'adaptation des pratiques professionnelles mais aussi sur l'adaptation de l'organisation des prises en charges. De ce fait en établissement de santé l'EPP comporte une dimension organisationnelle, qui fait d'ailleurs partie des missions de la direction des soins qui organise et met en œuvre les activités de soins des paramédicaux (décret du 12 avril 2002).

Cette dimension organisationnelle de l'EPP est pour les paramédicaux d'un CH présente au travers du projet de soins et plus particulièrement par le plan de soins pluridisciplinaire. Ce plan de soins pluridisciplinaire, prévisionnel, se veut le socle d'une prise en charge optimale de groupes de patients. Comme toute analyse par processus, sa maîtrise c'est d'abord une bonne connaissance des tâches et des interfaces, de leur enchaînement dans la continuité de la prise en charge.

Si les points forts du plan de soins pluridisciplinaire portent sur la phase d'hospitalisation du patient, il n'est évidemment pas sans liens avec l'amont et l'aval de cette phase et ceci quelque soit le mode de sortie du patient.

EPP en kinésithérapie : quel "modèle" ? quelle perspective ?

Depuis la loi du 13 août 2004, tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, ont une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Les trois conseils nationaux de Formation Médicale Continue (FMC), (libéraux, hospitaliers et salariés), créés par la loi de mars 2002, ont été mis en place en février 2004 et représentent tous les médecins du territoire. Ils travaillent principalement à la procédures d'agrément des organismes de FMC, au barème des différentes formes de FMC ainsi qu'à l'identification des thèmes prioritaires de santé publique. Dans le secteur libéral, des médecins habilités, formés par la Haute Autorité de Santé accompagnent cette démarche ; pour le secteur hospitalier rien n'est encore fixé. Concernant les autres professionnels de santé, dont les masseurs-kinésithérapeutes, l'article 99 de la loi du 09 août 2004 (L4382-1, Code de la Santé Publique), stipule qu'ils sont impliqués dans la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles à travers l'obligation de formation continue en précisant que : "l'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles".

Formation continue et évaluation des pratiques professionnelles sont donc intimement liées et visent l'amélioration continue de la qualité des soins qui se traduit entre autre pour les établissements de santé à travers la réalisation des références 40, 41 et 42 de la certification (anciennes 44,45 et 46 dans la version 2006 du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé). Il s'agit là de l'évaluation des pratiques professionnelles d'une équipe, définie sur la base de références professionnelles (référentiels de bonnes pratiques, médecine ou soins fondés sur les preuves) avec des méthodes structurées (audit clinique, audit clinique ciblé, revue de pertinence des soins, chemin clinique, revue de mortalité morbidité...). La loi prévoit aussi l'évaluation des pratiques professionnelles à titre individuel afin que l'auto évaluation, l'identification par chacun de ses besoins d'amélioration et l'intégration de la démarche qualité à la pratique quotidienne soient pérennes.

Quels acteurs potentiels sont concernés par et pour l'évaluation des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes ? Qui pourra évaluer : des masseurs-kinésithérapeutes "habilités" par la Haute Autorité de Santé ?

La création récente de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, amène naturellement la question de son rôle dans l'élaboration des référentiels et la mise en place des évaluations des pratiques professionnelles. Quel est son positionnement vis à vis de la Haute Autorité de Santé ?

Quelle est la place des organisations professionnelles, salariées ou libérales, dans la constitution du dispositif : comment (et surtout qui peut) devenir "habilité" ? dans la production de recommandations de bonne pratique, dans la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles et leur suivi ?

Quelles sont les diverses formes d'évaluation des pratiques professionnelles qu'il est possible de rencontrer ? évaluation centrée sur un groupe de personnes / sur une personne, utilisation d'Internet, session de formation continue couplée à une évaluation des pratiques professionnelles et à une évaluation à distance de la formation...

L'ANDEM, l'ANAES et maintenant la Haute Autorité de Santé ont procédé à la rédaction de références professionnelles en masso-kinésithérapie visant l'efficience des pratiques ; celles-ci sont peu nombreuses et parfois méconnues des professionnels.

Ces derniers ont depuis longtemps cherché à améliorer leurs pratiques mais aujourd'hui il semble que l'évaluation des pratiques professionnelles qui se déroule dans le cadre de la certification ne soit pas perçue de manière très favorable. L'utilisation des référentiels existants, l'application des recommandations de bonnes pratiques, les protocoles de prise en charge témoignent pourtant d'une dynamique qualité à l'œuvre. Les connaissances nouvelles doivent être diffusées et partagées pour que nous puissions poursuivre la rédaction des recommandations de bonnes pratiques. Bien qu'il s'agisse de prendre en compte les activités majeures de notre métier et les risques éventuels pour le patient, les résistances au changement sont fortes en raison d'une assimilation de la démarche à du contrôle de techniques et à un outil de maîtrise des dépenses de santé. Par ailleurs la confusion entre l'évaluation des pratiques professionnelles d'une équipe et celle d'un professionnel est fréquente et majore le doute.

Quelles modalités de contrôle de la formation continue obligatoire et des évaluations des pratiques professionnelles seront possibles : déclaration spontanée auprès d'un organisme (conseil de l'Ordre, HAS), dossier personnel d'attestations de formation...

Un effort de clarification et de promotion de la démarche est à faire, son intérêt, ses outils, la place de l'auto évaluation... La culture qualité ne fait pas encore tout à fait partie intégrante de nos pratiques. Il s'agit de s'adapter et d'innover et non de faire se côtoyer des "experts de l'évaluation des pratiques professionnelles" et "les autres" : l'évaluation des pratiques professionnelles est partout et nécessite de travailler ensemble. Ceci permet de comprendre la nature de l'enjeu de l'organisation et de la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles pour, et par, tous les kinésithérapeutes.

Références HAS :
Réf. 6 : "l'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques"
Réf. 14,15,16 : renforcement des exigences en matière de gestion des risques
Réf. 40 : " les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques : des hospitalisations, des actes à risques, des prescriptions médicamenteuses, des examens de laboratoires ou examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle"
Réf. 41 : " les professionnels évaluent les risques liés aux soins", "les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risques et évaluent leurs conditions de sécurité", "l'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées"
Réf. 42 : " la prise en charge des pathologies ou des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation", "les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte"

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

l'appel medical
intérim et recrutement paramédical

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

HÔPITAL GÉRIATRIQUE DE 472 LITS
GÉRONTOLOGIE > MÉDECINE GÉRIATRIQUE > SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION > SOINS PALLIATIFS > UNITÉ AVC > HÔPITAL DE JOUR ALZHEIMER > CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES > SOINS DE LONGUE DURÉE

RECRUTE DES KINÉSITHÉRAPEUTES ET PSYCHOMOTRICIENS

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE
PROJET DE RÉÉDUCATION
PRIME DE SERVICE
CRÈCHE - CENTRE DE LOISIRS
POSSIBILITÉ DE LOGEMENT
FORMATION CONTINUE ET PROMOTIONNELLE
AVANTAGES STATUTAIRES ET SOCIAUX (DISPOSITIF AP-HP)

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Pour tout renseignement et dépôt de candidature (CV et lettre de motivation)

Corinne NAHUM
Directrice des soins
Tél. 01 34 29 23 85
Email : corinne.nahum@crc.aphp.fr

Denis GUITTEAUD
Chef du personnel
Tél. 01 34 29 23 72
Email: denis.guitteaud@crc.aphp.fr

Hôpital Charles Richet
rue Charles Richet - 95400 Villiers-le-Bel
http://hopital-charlesrichet.aphp.fr

→ Hélène Bergeau, directeur d'IFMK

→ Universitarisation et professionalisation

Les formations à l'université et en écoles paramédicales appartiennent à l'enseignement supérieur. Les différentes formations de l'enseignement supérieur s'appuient sur le même principe : le niveau de connaissances générales et le niveau de maîtrise de la langue française écrite et orale sont suffisants pour permettre la construction de nouveaux savoirs et savoir-faire. Le comportement est supposé propice à l'apprentissage.

Universitarisation ou professionnalisation : une réelle opposition ?

La vocation de l'université est de délivrer une formation disciplinaire. Ses objectifs principaux sont la transmission de savoirs et leur développement par la recherche. La performance de l'étudiant est évaluée par niveaux de connaissance de contenus bien identifiés. L'élaboration curriculaire de l'enseignement organisée autour d'unités d'enseignement à valider construit le parcours de l'étudiant. La formation est ainsi organisée autour de la délivrance de savoirs et de l'évaluation du niveau de maîtrise de ces savoirs. Un dispositif de contrôle continu vient compléter les épreuves écrites anonymes. La validation finale est soumise à l'arbitrage d'un jury.

La vocation des écoles de formations paramédicales est de délivrer une formation professionnelle. L'objectif est la construction de compétences professionnelles qui assurent l'opérationnalité de la personne ainsi formée, dans le champ professionnel autorisé. La délivrance du diplôme d'Etat certifie l'acquisition de ces compétences professionnelles. L'évaluation finale porte sur le niveau de maîtrise des savoir-faire propres à la profession lors d'une démonstration pratique au cours d'épreuves de mise en situation professionnelle. Le niveau de maîtrise est supposé refléter les compétences mises en œuvre lors de la réalisation. La validation finale relève d'un jugement de valeur par des pairs.

Au premier abord, ces deux modes de formation sont différents dans leur finalité et leur mode d'évaluation. Pour autant, des synergies fortes existent. Elles méritent d'être réfléchies pour l'avenir de notre profession.

Alors, Universitarisation ou Professionnalisation" ?

Quelles compétences professionnelles ne s'appuient pas à l'heure actuelle sur des savoirs disciplinaires complexes et élaborés ? L'opposition entre contenus et compétences, entre savoirs et savoirs-faire est fausse. Le concept de compétence rend caduque la distinction stricte entre savoirs et savoirs-faire.

L'action reflète la compétence. G. Le Boterf distingue deux grandes catégories de pratiques professionnelles : les pratiques professionnelles d'exécution (mise en œuvre de procédures mémorisées, pratiques routinières...), et les pratiques professionnelles de résolution de problèmes (Le Boterf, 1994). Dans les deux situations, la performance résulte toujours dans un même temps, de l'analyse des buts à atteindre, du paramétrage de la situation rencontrée, voire à adapter, de l'activation de stratégies de mise en œuvre, enfin de la mobilisation de savoirs. Ce qui relève pour certains de la résolution de problèmes peut être une simple pratique d'exécution. La construction d'une réponse adaptée nécessite la mobilisation de l'ensemble des ressources, savoirs, savoirs-faire et savoirs-être. L'ensemble des opérations mentales, conscientes ou non, nécessaire à la réalisation d'une intervention professionnelle adaptée, active un réseau de connaissances et de croyances apprises en cours de formation et acquises par l'expérience.

Ainsi, où mieux qu'à l'université trouverons-nous une partie des savoirs dont nos étudiants ont besoin ? L'université garantit la qualité des contenus dans les disciplines enseignées. Sa vocation à la compilation et au développement des savoirs par la recherche certifie cette qualité. Dans la perspective d'une refonte des programmes de formation, il appartient à la profession de redéfinir les contenus disciplinaires nécessaires à son évolution : sciences médicales mais également neurosciences et sciences cognitives... enfin et surtout enseignement méthodologique.

Ce que l'université ne garantit pas, c'est le niveau de maîtrise dans les applications des savoirs. De même elle n'a pas vocation à modifier le comportement de l'étudiant. Il revient aux instituts de formation professionnelle, aux directions et équipes de formateurs de mettre en œuvre la démarche et les outils de professionnalisation. Outils d'accompagnement, outils et critères d'évaluation doivent entretenir un lien fort avec les pratiques professionnelles. Direction et formateurs doivent mettre en place les stratégies et les outils qui permettent à l'étudiant de construire ses chemins cliniques et ses stratégies de réalisation, en réponse aux différents problèmes de santé rencontrés. C'est un effort de didactique qui s'impose à nous. Ce devoir de professionnalisation nous revient et n'exclut en rien le partenariat avec le monde universitaire.

À l'université la personne en formation est depuis toujours appelée étudiant. Ceci est en cohérence avec l'objectif de l'université, l'étude des savoirs. Dans nos formations professionnelles, l'usage veut que la personne formée soit souvent et encore dénommée "élève". L'élève appartient à l'enseignement primaire et secondaire, l'apprenti en est l'équivalent dans le cadre d'une formation professionnelle. Eliminons définitivement "élève". Notre formation appartient sans ambiguïté aux formations de l'enseignement supérieur. Aussi, entre mondes universitaire et professionnel, faisons en sorte que l'étudiant soit un apprenant, c'est-à-dire un acteur permanent et continu de sa formation et de ses apprentissages, en lui apportant un cadre et des contenus repensés et réactualisés.

Bibliographie :

Le Boterf Guy (1994). De la compétence : **essai sur un attracteur étrange,** Paris, Les Editions d'Organisation.

Réforme de la formation : l'arlésienne au secours... d'une incurie !

Depuis plus de 5 ans, commission Debouzie, processus de Bologne, projets par ci, projets par là, commissions et grands messes par ci et par là... la réforme n'en finit pas d'être annoncée sans pour autant être prononcée. L'incurie est de mise tant au niveau tutellaire qu'au niveau professionnel. C'est ce dernier qui nous navre plus encore que le premier qui nous désespère.

La "profession" (comme le disent certains représentants impérialistes) elle-même sait-elle ce qu'elle veut ?

En termes de niveau et de modalités d'accès, en termes de construction curriculaire, en termes de niveaux de compétences requises en formation initiale et tout au long de la vie professionnelle, en termes de co-validation avec l'université ? La réponse est clairement non ! malheureusement ! Entre les uns qui veulent à tous crins 5 ans ou rien, entre ceux qui veulent comme seul pré-requis universitaire une année de médecine (en voie de disparition probable), et entre les autres qui opposent encore universitarisation et professionnalisation... et dire qu'à l'initiative conjointe du CNKS et du SNIFMK pendant plus de 18 mois le groupe Convergence initial (les 3 syndicats libéraux, le SNIFMK et le CNKS) a élaboré un livre blanc signé de tous pour la version 1 avant que certains retirent leur signature lors du dépôt de la version 2 au ministère pour des raisons encore diaphanes.

La "profession" est-elle capable de construire un projet ?

Les différents acteurs de la profession ont-ils dépassé le niveau sacrosaint de la technique ? une technique encore empreinte qui plus est d'un empirisme quasi "gourouiste" ! Car tout comme on peut légitimement se poser la question d'une conscience de la nécessité de la reconnaissance par le biais de l'utilité sociale on peut aussi aujourd'hui se demander sur quels concepts, sur quelles sciences va-t-on et doit-on s'appuyer pour accompagner la construction de la profession et de ses apprenants ?

Et dire qu'une organisation professionnelle estime inopportun de réfléchir à une (nouvelle) définition de la profession ! Et dire que les mêmes sont impatients de se ruer dans une évaluation des pratiques professionnelles sans même avoir fait le détour par l'analyse du métier et des pratiques professionnelles ; que d'apprentis sorciers aux injonctions paradoxales permanentes fascinés par le modèle médical et le rejetant dans le même temps, promoteurs de "on sait tout faire sans même s'assurer de la capacité - simplement fonctionnelle - de faire".

Enfin la "profession" se pense-t-elle différente à l'envi pour ne pas faire partie d'une réflexion globale sur l'ensemble des formations paramédicales ? des formations de santé ?

Le bureau du CNKS

→ Ayed Benfradj, Pascale Gardent-Gerbeaux, cadres de santé

→ La contractualisation comme outil de management : exemples concrets

La rééducation est une activité transversale par excellence. A ce titre, elle s'exerce dans tout l'établissement, qu'elle soit intégrée à un pôle ou non. Trouverait-elle un intérêt à contractualiser avec ses partenaires de soins quotidiens ?

La nouvelle gouvernance, et les délégations de gestion qu'elle entraîne, responsabilisent chacun des acteurs de soins. Les cadres de rééducation, à l'image de leurs collègues cadres de santé, ont l'injonction quotidienne de réaliser l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de rééducation en tenant compte des moyens alloués. Sur ce thème, Johann Berthe a déjà noté (Kinescope N°4) que des partenariats se formalisaient pour optimiser les organisations, responsabiliser les prescripteurs (juste prescription) et favoriser l'efficacité de chaque euro dépensé.

En quoi la contractualisation a-t-elle influé sur le mode de management et d'organisation des soins de support à l'hôpital Necker-Enfants malades ?

En quoi un projet de service construit autour d'une amélioration de la qualité des prestations de rééducation a t-il aboutit à une démarche de contractualisation à l'hôpital Beaujon ?

Cet article relate deux expériences différentes, qui ont mené à la mise en place de la contractualisation entre des prestataires transversaux et des services cliniques. Il se propose de montrer en quoi la mise en place de ces contrats a influé sur le management au quotidien. Il présente, en illustration, deux exemples concrets de contrats passés entre le service de rééducation et un service clinique.

De la contractualisation à l'organisation des prestations.

En 2005 la direction de l'hôpital Necker Enfants malades, souhaite structurer les activités transversales qui s'exercent sur le site. Les thématiques concernées sont très diverses : soins palliatifs, douleur, handicap et rééducation, nutrition et diététique, troubles d'ordre psychiatrique et psychiatrie de liaison, difficultés sociales...

L'objectif de ce projet est de mieux répondre aux besoins des patients et de leur famille, des professionnels qui les soignent et des partenaires extérieurs qui prennent le relais après l'hospitalisation. Les soins de support sont ainsi créés.

Il s'agit aussi d'améliorer la visibilité quant aux compétences et aux expertises disponibles sur le site, de mettre en place une organisation permettant d'orienter la demande avec réactivité et pertinence et, d'organiser le dispositif en fonction des possibilités du patient.

Une enquête menée auprès de 22 services cliniques, pour connaître leurs besoins satisfaits et non satisfaits par rapport à ces prestations de soins de support, a montré une relative satisfaction des services. La qualité des prestations est reconnue, la quantité, en revanche, leur paraît insuffisante. Compte tenu de cet état des lieux, la majorité des services (futurs pôles) se disait prête à contractualiser avec les soins de support, tout en gardant les relations de proximité existantes.

Afin de concrétiser la démarche de contractualisation, on décide de procéder en 2 étapes.

Première étape, au sein du service de rééducation :
Elle consiste en l'analyse de l'activité réalisée par rapport à l'effectif alloué, dans chaque service clinique. Cette analyse concerne la quantité et la nature des prestations fournies.

Parallèlement, des groupes de travail (douleur, transmissions...) sont mis en place auprès des professionnels du service pour réfléchir sur les pratiques professionnelles.

Un temps de présentation des pratiques professionnelles est organisé régulièrement, en équipe. Il débouche sur la formalisation de ces pratiques de kinésithérapie.

Quelques unes de ces présentations ont fait l'objet de publications, ce qui a permit de les valoriser.

Deuxième étape, à l'attention des services cliniques :
Un premier contrat a été réalisé, avec un service clinique, sur la base de compétences formalisées lors de la première étape et reconnues par les prescripteurs. Il a permis de négocier le cadre des interventions du masseur-kinésithérapeute (nature des soins, fréquence, horaires, traçabilité...).

→ Ayed Benfradj, Pascale Gardent-Gerbeaux, cadres de santé

De la formalisation des prestations à la contractualisation.

1999, l'hôpital Beaujon vit la première version de l'accréditation. Les cadres de rééducation réalisent alors que la qualité des soins de rééducation est peu évaluée dans cette démarche d'évaluation globale de la qualité.

Ils décident d'en faire un élément central du projet de service. La formalisation et la rédaction de procédures de soins en sont les objectifs principaux.

Ce projet crée une dynamique d'actualisation et de partage des connaissances chez les masseurs-kinésithérapeutes. Il favorise les échanges autour des pratiques quotidiennes de soins et améliore la qualité de prise en charge des patients.

Très vite, la contractualisation avec les prescripteurs s'impose d'elle-même pour parachever le travail des rééducateurs dans un esprit "donnant, donnant" : "voilà ce nous vous proposons, voilà ce dont nous avons besoin pour travailler." (Kinésithérapie 2005, JNKS Besançon 2006)

Les années suivantes, la contractualisation interne devient un élément structurant du projet de service. Actuellement, 70 % des masseurs-kinésithérapeutes de l'équipe exercent dans le cadre d'une contractualisation avec leur service clinique de référence.

La mise en place des pôles va finaliser le dispositif : les contrats de soins et d'organisation de ces soins deviennent un indicateur de performance du pôle.

Contractualisation : un outil de management ?

La contractualisation a un effet immédiat sur l'organisation.

Elle permet de formaliser une organisation et facilite son fonctionnement. Un contrat, tel que nous l'entendons, peut concerner aussi bien le personnel médical, paramédical, le patient que la famille, le public ou l'administration. Il règle l'accueil, la coordination des soins. Il permet de codifier les relations professionnelles (règles de prescription, par exemple), ou de fluidifier le circuit du patient, la continuité des soins. Ses effets sont multiples (amélioration des conditions de travail, efficience de la pluridisciplinarité autour du patient...).

La contractualisation permet également de développer ou de renforcer une démarche qualité.

Elément moteur d'un projet de service et de pôle, le contrat permet une évaluation, en fléchant des indicateurs de suivi liés à la qualité et répondant aux exigences de l'accréditation des établissements (deuxième version en cours).

Les pratiques professionnelles sont ainsi valorisées, par un processus dynamique de formalisation des procédures de soins, de création de référentiels définis et d'amélioration des transmissions par le partage d'un langage commun.

La contractualisation permet la gestion prévisionnelle des compétences.

L'évaluation des pratiques professionnelles facilite la définition des besoins en formation, d'une équipe. Elle permet de s'adapter aux modifications des orientations médicales, en tenant compte des projets de pôles.

La contractualisation permet, enfin, et ce n'est pas le moindre de ces effets, de tenir compte des données budgétaires actuelles en rationalisant l'offre et la demande des soins de rééducation (juste prescription, efficience). En cela, elle favorise l'adaptation économique, suggérée par la nouvelle gouvernance.

La mise en oeuvre, le déploiement et le respect des contrats deviennent des indicateurs de performance du pôle.

Afin de rendre plus "palpable" la notion de contrat, nous proposons, en illustration deux exemples.

Contrat de Necker : un objet de médiation avec les prescripteurs des pôles.

CONTRACTUALISATION DES ACTIVITES DE REEDUCATION

1/ DOMAINE DE L'INTERVENTION

Rhumatologie pédiatrique,
Centre de Références (maladies rares)

2/ CONDITIONS D'INTERVENTION

→ Financement : 10% ETP de Kinésithérapeute soit une demi journée (jeudi matin)
→ Origine : Centre de références maladies rares
→ Durée estimée du financement
→ Révisable chaque année en
→ Production d'un bilan d'activité permettant de montrer l'effet de l'intervention kinésithérapique et sa plus-value.

3/ MODALITES D'INTERVENTION DES KINESITHERAPEUTES

→ Prescription médicale écrite, datée, signée précisant les indications et les contre indications de l'intervention des kinésithérapeutes (formulaire joint en annexe)
→ Dates et horaires définis de l'intervention
→ Kinésithérapeute(s) référent(s) (nom, prénom, n° de poste et n° de Bip)
→ Kinésithérapeute(s) remplaçant(s) le cas échéant
→ Traçabilité des interventions : Fiches de suivi en Kinésithérapie, Dossier de rééducation

3/ CHAMP D'APPLICATION DE LA KINESITHERAPIE

→ Pathologies prises en charge (détaillées)
→ Nature des interventions (bilans, rééducation, éducation, conseils, orientations d'aval)
→ Durée moyenne de chaque type d'intervention
→ Courriers et contact téléphoniques extérieurs

4/ EVALUATION DU DISPOSITIF

→ Nombre d'interventions par an
→ Nature des interventions
→ Durée moyenne des interventions
→ Nombre de kinésithérapeutes impliqués
→ Nombre de demi journées travaillées

5/ CLAUSES PARTICULIERES

Le présent contrat sera remis en question si le financement est arrêté.

Le bilan annuel d'activité est indispensable à la reconduction du contrat

6/ LES CONTRACTANTS

Dr M. L, responsable médical de l'unité de rééducation
A. B, cadre de santé kinésithérapeute, responsable paramédical de l'unité de rééducation
V. B, kinésithérapeute
Dr P. QU, médecin responsable du centre de références.

Contrats en cours à l'hôpital Beaujon : un contrat de prestation et d'organisation de soins.

Présentation de l'organisation des soins

A l'hôpital Beaujon, les masseurs-kinésithérapeutes font partie du service central de rééducation fonctionnelle, un centre de responsabilité du pôle tête-cou-rachis. Ils assurent des soins hospitaliers et des soins en consultations externes (polyclinique).
Les mks sont répartis en secteurs favorisant la continuité et l'efficience des soins :

→ réanimation chirurgicale (unité du SAR du Pr.X)

→ réanimation chirurgicale digestive et hépatologique (unité du SAR du PrX et Pr Y

→ salle de soins post interventionnels (unité du SAR du Pr.X)

→ unité de soins continus (unité du SAR du Pr.X)

→ unité de gériatrie aiguë (Pr Z)

→ hépatologie (Pr Y)

→ salle d'hospitalisation de chirurgie digestive (Pr A)

→ maternité gynécologie (Pr B)

7 masseurs-kinésithérapeutes sont référents de ce secteur (5 présents quotidiennement, roulement selon repos) :

Elad, Carlos, Ivan, Anne-Sophie, Jean-Thomas, Adeline et Stéphane

La présence des MK
dans le service de réanimation chirurgicale, en salle de soins post interventionnels et en unité de soins continus est effective de :

8h30 le matin (visite) à 16 heures ;

dans le service de réanimation chirurgicale digestive et hépatologique de :

9h30 le matin (visite) à 16 heures.

De 13h30 à 14h30, les masseurs-kinésithérapeutes assurent leurs consultations externes à la polyclinique.

Pendant leurs consultations externes, les masseurs-kinésithérapeutes sont joignables au poste **5565.**

Pour la garde du week-end, une liste de patients est établie par les mks référents le vendredi. La garde est assurée par 2 mks le samedi qui exercent ce jour là sur tout l'établissement et un mk le dimanche. La liste des

patients à voir est actualisée par les MKS de garde le samedi matin en fonction des transmissions médicales du jour.

Le cadre de rééducation, Mme C. M. est joignable au poste **5821.**

La responsable de la rééducation fonctionnelle, Mme P. GG au poste **5820.**

Les masseurs-kinésithérapeutes ne travaillent que sur prescriptions médicales écrites journalières.

Leurs techniques sont encadrées par un décret de compétence (disponible sur demande).

Ils ont le choix de leurs thérapeutiques mais la prescription peut faire ressortir l'objectif principal du traitement souhaité par le prescripteur.

Les procédures thérapeutiques formalisées dans les pages suivantes donnent un aperçu des techniques à la disposition des thérapeutes.

Les premiers levers (voir les premières mises au fauteuil) sont du domaine du masseur-kinésithérapeute, après accord des médecins réanimateurs, chirurgiens et/ou orthopédistes (traces écrites dans le dossier du patient). Ensuite, lorsque le lever ne fait pas partie de la rééducation, ce n'est pas au masseur kinésithérapeute de le réaliser.

La qualité des transmissions professionnelles concourt à la qualité des soins dispensés aux patients. Les rééducateurs réalisent des bilans et des traitements qu'ils formalisent sur les fiches de rééducation (feuillets bleus) insérées dans le dossier de soins.

Validation du dispositif de soins

Nom	Signature
Chef du Service d'Anesthésie et Réanimation. M. le Pr. J. M.	Date :
Coordonnatrice Générale des Soins Paramédicaux Mme D. C.	Date :
Cadre supérieure de Santé en Réanimation Chirurgicale Mme E. M.	Date :
FF de Cadre Supérieur de Santé en Rééducation Fonctionnelle. Mme P. G-G.	Date :

Il nous semble intéressant, à ce stade, de préciser que d'autres expériences ont vu le jour à l'AP-HP, sous l'impulsion du collège des cadres de rééducation et de sa commission de travail. Cette commission, en mutualisant les idées et les expériences a rédigé un livret : "Charte de fonctionnement interprofessionnel, La contractualisation interne vue par le cadres rééducateurs de l'AP-HP" et anime une formation continue sur ce thème.

Pour conclure, nous pouvons dire à la lumière de notre expérience, que la contractualisation mobilise les équipes de rééducation. Elle les mobilise autour des logiques d'organisation des soins, de leur cohérence et de leur efficience à partir de l'analyse des besoins des patients. La fluidité des pratiques et de l'organisation améliore considérablement les conditions de travail.

Bibliographie :
P. Gardent-Gerbeaux, V.Lescot, C. Fausser. KINESITHERAPIE Les annales n° 44, P41-43
"De l'écriture des procédures de soins à la contractualisation entre services de rééducation et services hospitaliers"

A. Benfradj, P. Gardent-gerbeaux. X[èmes] JNKS Besançon 2006
"La contractualisation, une outil de management ?"

→ Michel Boutroy, directeur d'IFMK

→ Contractualisation en formation

"Le carnet de bord" : contrat et témoin

L'apparition d'un travail écrit, en 1993, dans les épreuves du diplôme d'État de Masseur Kinésithérapeute a considérablement modifié nos projets et nos pratiques de formation.

"Au cours d'un des stages hospitaliers temps plein, l'élève doit réaliser un travail écrit de quinze pages dactylographiées maximum portant sur l'étude d'un cas clinique.

Ce travail doit permettre à l'élève de synthétiser l'ensemble de la démarche de prise en charge masso-kinésithérapique. Sa direction est assurée par le chef du service d'accueil ou un praticien du service et un moniteur cadre de masso-kinésithérapie enseignant à l'école"

Cette réforme a suggéré que la formation n'avait pas pour seule vocation la diffusion et le contrôle de l'acquisition de savoirs, mais qu'elle avait aussi l'ambition de permettre aux étudiants de faire émerger des savoirs, de la confrontation aux situations cliniques rencontrées en stage.

L'écrit, dans ce nouveau contexte, n'a plus pour seule fonction la vérification de la capacité de l'étudiant à restituer les savoirs académiques, les modèles enseignés. Il acquiert la vocation de témoigner d'une part de **la mobilisation et de l'appropriation de savoirs** et d'autre part de la **valorisation de la constitution et la présentation d'un point de vue par l'étudiant.**

L'opportunité nous est alors offerte de disposer d'un nouvel outil de professionnalisation capable d'intégrer deux caractéristiques de l'activité professionnelle des masseurs kinésithérapeutes :

→ La prise en compte de situations singulières,

→ La constitution et la communication d'un point de vue dans le diagnostic kinésithérapique.

Former sans conformer La régulation au cœur du projet de formation

Notre projet de formation est, dans cette situation, confronté à trois problématiques :

→ comment conduire l'étudiant à explorer, à exploiter une expérience clinique de stage selon deux axes, celui de l'apprenti et celui du futur professionnel ?

→ comment accompagner, organiser un parcours de formation où l'étudiant est amené à croire qu'in fine son point de vue puisse être reconnu par les jurys du diplôme d'État ?

→ comment former les formateurs des instituts à cette nouvelle démarche, à cette nouvelle posture de régulateur plutôt que de prescripteur ?

Notre réflexion nous a conduit à élaborer un outil "le carnet de bord" qui contractualise les relations tuteur / étudiant et qui témoigne du processus de formation conduisant à la réalisation du travail écrit et la préparation à sa soutenance.

Dans un premier temps, il nous a été nécessaire de définir quel était, pour nous, l'objectif du travail écrit.

Nous avons déterminé qu'il était, en priorité, un outil de formation, un outil de professionnalisation qui devait dans sa forme mais aussi dans son contenu, pouvoir satisfaire aux exigences de l'évaluation.

Dans un second temps, nous avons dû mettre nos démarches de formation en accord avec les valeurs que nous affichons dans notre projet d'établissement.

Autonomie et Responsabilité

Nous avons donc réaffirmé que le travail écrit était l'objet de l'étudiant, le reflet de son travail, de son engagement et qu'il devait pouvoir en assumer la paternité. Il ne devait en rien être le travail du tuteur école, du tuteur de stage et des modèles qu'ils pouvaient véhiculer.

Seule cette posture permet, de notre point de vue, à l'étudiant d'assumer la situation d'évaluation et d'en accepter le résultat.

Le carnet de bord a pour objectif d'informer les étudiants sur la démarche et ses étapes. Il pose les bases du contrat de formation et fournit les feuillets sur lesquels doivent être rédigés les comptes rendus de chaque rencontre, qu'elle soit collective ou individuelle.

Le projet de formation s'articule autour de trois étapes, fruit de la proposition didactique choisie par l'équipe :

→ la problématique théorique concernant le rapport aux savoirs constitués concernant le cas clinique,
→ la problématique pratique envisageant le rapport à l'expérience et à la singularité de la prise en charge du patient,
→ la problématique professionnelle évoquant chez l'étudiant, l'impact de cette expérience sur la représentation de son futur positionnement de praticien.

Pour chacune d'entre elle, est prévu un temps de régulation en groupe et un temps de soutenance intervenant dans la validation des modules.

Au terme de cette progression, le travail écrit s'élabore, prend forme en laissant toute latitude à l'étudiant de déterminer ses choix et de mettre en valeur sa perception dans la conception.

La mise en place de ce contrat s'est accompagnée d'une diminution des demandes de régulation individuelle des étudiants, d'une moins grande intrusion des formateurs dans la réalisation du produit fini.

À la lumière des résultats obtenus par les étudiants aux épreuves de soutenance du diplôme d'État, ce dispositif semble se montrer actuellement assez performant.

En prenant la forme d'un contrat, l'outil "carnet de bord" se propose de stimuler la responsabilité de chacun des acteurs et de traduire dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre d'une action pédagogique notre projet d'organisation, de structuration d'un parcours de formation professionnalisant. La mise en place de cette démarche à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris nous a permis de mieux situer notre mission de formateur, mission qui nous conduit à nous effacer pour laisser l'étudiant prendre la pleine dimension de sa responsabilité.

Les termes du contrat

Dans ce dispositif **l'étudiant s'engage à :**

→ fournir pour chaque étape, un travail écrit conforme à la commande avec les références bibliographiques,

→ retranscrire suite au temps de régulation de groupe, un rapport succinct comportant les questions posées, les remarques sur le fond, les pistes de réflexions proposées et les remarques et critiques sur la forme,

→ retranscrire suite au temps de soutenance, un rapport succinct comportant les questions posées, les remarques sur le fond.

Dans ce dispositif **le formateur s'engage à :**

→ mettre à disposition de chaque étudiant un crédit de deux heures de régulation individuelle par séquence de 15 à 30 minutes pour évoquer des questions préalablement préparées par l'étudiant,

→ lire les travaux et proposer des réajustements sans imposer,

→ informer l'étudiant sur l'appréciation qu'il a de la recevabilité du travail,

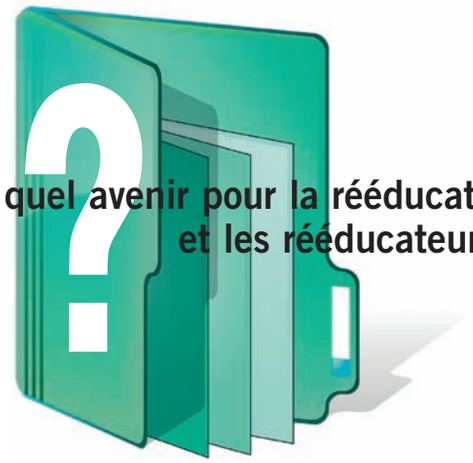
→ valoriser la progression comme la performance.

Cahier détachable / Octobre 2007

Macroscope

Direction des soins et directeur des soins

→ Éric Roussel, directeur des soins



quel avenir pour la rééducation et les rééducateurs ?

Tenter de répondre à cette question, c'est analyser conjointement les missions de la direction des soins, décrites dans le décret 2002-550 du 19 avril 2002, l'évolution des hôpitaux dans le système de santé et la fonction sociale de la rééducation et des rééducateurs. Depuis cinq ans, l'ensemble des professionnels de santé présentant dix ans d'exercice et cinq années d'expérience managériale peuvent concourir à la fonction de directeur des soins. Après douze mois de formation, dont cinq mois en stage, à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), ces professionnels exercent leur métier de directeur au sein des directions hospitalières, des instituts de formation ou des tutelles. Les domaines d'activité du directeur des soins peuvent, selon son lieu d'exercice, concerner aussi bien la formation que la production d'activités de soins techniques, d'éducation, de prévention, de recherche et de conseil. Parallèlement l'évolution de la tutelle des instituts de formation et surtout de la gouvernance hospitalière accentuent les changements que doivent assimiler et assumer la rééducation et les rééducateurs.

Place et rôle de la direction des soins...

La direction des soins est en charge de l'organisation, de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins. Aujourd'hui, dans les établissements de santé, le champ de responsabilité du directeur des soins s'étend à tous les métiers paramédicaux. Les modalités d'accès au concours, la formation en un même temps et un même lieu et l'inéluctable "métissage" que génèreront les futurs développements de carrière sont autant d'éléments unificateurs d'un nouveau métier. Cette unification sera d'autant plus fertile qu'elle respectera la diversité des métiers et les parcours d'origine de l'ensemble des directeurs des soins et s'en enrichira. La rééducation et les rééducateurs doivent participer de manière volontariste à ce processus. Par ailleurs il est souhaitable que cette participation soit, à terme, favorisée par la disparition des logiques de filières métiers, tant en ce qui concerne l'accès au concours que l'ouverture et l'affichage des postes.

Le titre de directeur affiche par ailleurs clairement la volonté de positionner ces professionnels comme dirigeants, membres à part entière de l'équipe de direction de l'hôpital. Si le parcours professionnel antérieur est source de connaissances, de savoir-faire et d'une compréhension pointue du milieu, les compétences recherchées sont moins celles d'un métier d'origine, qui n'est plus inscrit dans le titre, que celles d'un coordonnateur capable d'organiser l'ensemble des processus et procédures de prise en charge des usagers de l'hôpital. Rappelons que le patient-usager est une seule et même personne, qui souhaite une prise en charge globale et individualisée. À l'hôpital ou dans un institut de formation, le directeur des soins est un concepteur, un organisateur et un évaluateur. Il anime les équipes de cadres de santé et rend compte de son activité au directeur de l'établissement dont il tient, par délégation, son pouvoir hiérarchique.

Dans le même temps l'ordonnance du 2 mai 2005 institue la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT), présidée par le coordonnateur général des soins. Composée de représentants élus de toutes les professions d'auxiliaires médicaux cette commission voit ses attributions s'élargir. Elle est dorénavant particulièrement consultée sur l'organisation et la qualité des soins. Elle se prononce sur les suites de l'accréditation d'un établissement et est susceptible de produire des travaux et des recommandations faisant évoluer les pratiques de soins. La rééducation est évidemment concernée et doit prendre toute sa place dans ce processus.

Direction des soins et directeur des soins (suite)

→ Éric Roussel, directeur des soins

...DANS UNE GOUVERNANCE ET UN ENVIRONNEMENT QUI ÉVOLUENT...

L'hôpital se transforme. Les évolutions sont à la fois internes, contextuelles et liées aux nouvelles exigences des usagers. La gouvernance hospitalière est réformée. Dorénavant l'hôpital est organisé en pôles et la mise en œuvre d'une délégation de gestion est la règle. Cette déconcentration bouleverse les relations entre la direction de l'établissement et les personnes en charge de cette gestion. Cette délégation a une incidence sur l'ensemble des fonctions de l'équipe de direction et particulièrement de la direction des soins. Le positionnement du directeur des soins doit être à l'interface des pôles (l'ensemble des pôles pour le coordonnateur général des soins, un nombre plus restreint pour les directeurs placés sous son autorité). Cette position doit permettre d'éviter que les pôles ne transforment l'autonomie que leur confère la délégation de gestion en une indépendance mal comprise et une "balkanisation" dangereuse. Ces dernières transformeraient l'hôpital en une juxtaposition de structures autarciques n'ayant que peu de relations avec leurs voisines. À cette place, le directeur des soins joue pleinement son rôle de coordination et participe activement à la régulation inter-pôles indispensable au maintien de l'équilibre et de l'intérêt général. Il est alors, au même titre que l'ensemble des membres de la direction, le garant de la mise en œuvre des politiques et stratégies proposées par le comité exécutif de l'établissement (CEL), et validées par le conseil d'administration.

"Les professionnels de la rééducation, tous métiers confondus, ont une place à occuper dans ce nouveau système à la fois pour le faire croître et pour garantir leur propre avenir."

Au-delà des changements internes à l'hôpital, le contexte influence aussi la place de la direction des soins. Les transformations de l'environnement sont nombreuses, nous en citerons trois :

→ **la régionalisation** qui modifie le dispositif de gestion des instituts de formation,

→ **le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux** qui externalisent le cœur du processus de prise en charge des patients et au sein desquelles la rééducation tient, et tiendra, une place de plus en plus importante,

→ **la modification du mode de financement** qui, avec la tarification à l'activité, oblige l'hôpital à développer ses procédures de comparaison et son benchmarking.

Les légitimes exigences d'un usager toujours plus informé sont, enfin, un facteur d'évolution du rôle de la direction des soins. Le directeur des soins doit résolument s'inscrire dans une démarche d'élaboration de critères et d'indicateurs qualité et de gestion des risques. Muni de ces outils, il doit communiquer et informer afin que tous les acteurs hospitaliers acceptent l'évaluation de leurs pratiques. Cela permet de répondre aux attentes des usagers qui souhaitent une plus grande transparence et une réelle participation aux choix thérapeutiques qui les concernent. Prendre en compte la loi du 4 mars 2002 appelle une adaptation des modalités d'information médicale et paramédicale. Le directeur des soins est chargé d'impulser cette dynamique.

Les professionnels de la rééducation, tous métiers confondus, ont une place à occuper dans ce nouveau système à la fois pour le faire croître et pour garantir leur propre avenir.

... POUR UN AVENIR DE LA RÉÉDUCATION ET DES RÉÉDUCATEURS

La notion de "prise en charge globale" du patient évolue. Autour de nouvelles notions telles que les "chemins cliniques" ou le "panier de soins", la globalité concerne maintenant autant celle du patient que celle des différents intervenants du soin autour de l'usager des établissements de santé. Au moment où la chronicisation des maladies se développe, la question de la réhabilitation du patient sera posée de plus en plus explicitement lors de son parcours. Aujourd'hui cette réhabilitation est souvent mal anticipée et le plus souvent exposée au moment de "sa sortie". Ces errements ont longtemps été le résultat d'une vision analytique et parcellaire du soin favorisée par des organisations "en tuyau" dans lesquelles il était fréquent que l'on méconnaisse le travail de l'autre. Les dossiers patient et/ou dossiers de soins (infirmiers) sont un exemple clair de ces difficultés.

Dans sa nouvelle configuration la direction des soins doit permettre d'éviter ces erreurs dommageables pour le malade. La condition sine qua non c'est la connaissance et la reconnaissance des métiers de la rééducation. Ce point est de la responsabilité des directeurs des soins mais aussi des rééducateurs qui doivent être partie prenante de la nouvelle organisation hospitalière.

En effet l'avenir de la rééducation au sein de la direction des soins se construira par et avec les rééducateurs. Concrètement cela signifie être acteurs et auteurs de ce dispositif en participant aux commissions de soins tant en qualité de soignant que de formateur (quand l'institut de formation est au sein d'un hôpital), en intégrant les conseils de pôles, éventuellement en prenant des responsabilités au sein des exécutifs de pôles, et en participant aux travaux initiés par la direction des soins.

Enfin si la direction des soins peut porter l'avenir de la rééducation, elle peut également être un avenir pour chaque professionnel. Aujourd'hui l'ensemble de la ligne hiérarchique hospitalière est accessible aux rééducateurs. En 2006, mis à part les directeurs d'instituts de formation, seuls trois rééducateurs (tous kinésithérapeutes) ont pris des fonctions de directeurs des soins dans des hôpitaux. Un quatrième va prendre un poste en 2007. Dans les années qui viennent il faut que d'autres professionnels et d'autres métiers prennent place, toute leur place. Des postes ouverts aux rééducateurs sont aujourd'hui vacants. Quelle que soient les interrogations, les inquiétudes, les opacités, les critiques il est nécessaire de s'inscrire dans cette nouvelle perspective source d'un avenir qui est à construire.

Références :

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Roussel.E, Chastagnol.N, Laurent.B., (2004).Directeur des soins, un nouveau métier, In Revue hôspitalière de France, Sept-Oct n° 500, pp 91-92.

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

Décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

HAS, (2006), Une méthode d'amélioration de la qualité : le chemin clinique.

On peut définir le panier de soins comme la liste des biens et services de santé admissibles au remboursement par l'Assurance maladie pour une indication médicale donnée.

Au sens antique du terme :

Les instituts de formation sont membres de droit des commissions de soins des établissements qui les hébergent par l'intermédiaire de leur directeur et de représentants des étudiants.

Roussel.E, Michon.D, (2007), **Un kinésithérapeute cadre paramédical de pôle : utopie ou réalité ?**, in Kinescope n°3, pp 13-16.

LE CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE (SOMME)

RECHERCHE

pour son service de Médecine
Physique et de Réadaptation

MASSEUR KINESITHERAPEUTE
Possibilité de nomination à titre contractuel

Les candidatures doivent être adressées à :
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier d'Abbeville
43, rue de l'Isle
80142 ABBEVILLE CEDEX

Renseignements auprès de
Madame ZECHSER ou Mademoiselle
AUDITEAU au 03 22 25 52 42
Ou auprès de la Direction des
Ressources Humaines 03 22 25 52 11

CHI EURE SEINE Hôpitaux
d'ÉVREUX et de VERNON
17, rue Saint-Louis - 27023 ÉVREUX Cedex

RECRUTE
POUR SON PLATEAU TECHNIQUE

DES KINÉSITHÉRAPEUTES H/F
à temps plein

EURE-SEINE C.H.I. PITAUX D'ÉVREUX ET DE VERNON

Contact :
Secrétariat de Madame Stéphanie LE TOUZIC-MEUNIER
Directrice des Ressources Humaines
virginie.lepichon@chi-euresine.fr

CROIX-ROUGE FRANÇAISE
Château d'Angeville
01110 HAUTEVILLE-LOMPNES

RECHERCHE
3 Masseur-Kinésithérapeutes
CDI temps plein

Salaire CC Croix-Rouge
23 jours RTT + 13e mois
logement possible

Poste à pourvoir
début novembre

Contact :
Cadre santé rééducation
04 74 40 43 16

Mail :
didier.brochard@crf-angeville.com

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,
Berck sur Mer, Bailleul
et Fouquières (à proximité de la métropole lilloise)

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 HOSPITALIER
ARIEGE COUSERANS
09201 SAINT-GIRONS Cedex

5 pôles cliniques dont « Hospitalisation Générale » (M.C.O + urgences) - 900 salariés
Sous préfecture axée sur le tourisme, au pied des Pyrénées ariégeoises
(40 minutes de Guzet-neige et 1 heure de Toulouse)

Pour constituer son équipe pluridisciplinaire de 62 professionnels de santé engagés dans un projet innovant d'envergure nationale, en prévision de l'ouverture en juin 2008

D'UN CENTRE DE READAPTATION NEUROLOGIQUE DE 20 LITS (plateau de rééducation de pointe - NTIC et domotique)

ET D'UNE UNITE DE 6 LITS DE SOINS INTENSIFS RESPIRATOIRES

CENTRE HOSPITALIER ARIEGE COUSERANS

RECHERCHE 3 MASSEURS KINESITHERAPEUTES - H/F
à temps plein ou à temps partiel

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

* Adresser lettre de motivation + CV à :

Laurence CAILLE
Directrice des Ressources Humaines
BP 111 09201 SAINT GIRONS Cedex
E-mail : l.caille@ch-ariege-couserans.fr

Jocelyne FERT
Directrice des Soins
BP 111 09201 SAINT GIRONS Cedex
E-mail : j.fert@ch-ariege-couserans.fr

Kinésithérapeutes h/f

Postes en CDI - (temps plein/temps partiel)
Avantages extra conventionnels
Possibilité d'hébergement

Le Groupe Hospitalier, d'une capacité totale de 200 lits de SSR, dispose de 35 lits d'hospitalisation et 13 lits d'hôpital de jour en rééducation fonctionnelle.

Le plateau technique récent est doté notamment d'appareil de posturologie et isocinétisme.

Contact :
X MARSOLLIER RRH
Tél. 01 69 52 77 16
fax 01 69 52 77 09
xmarsollier@ass-hopital-cheminots.asso.fr

M SCIBERRAS Cadre Rééducateur
Tél. 01 69 52 76 00
jlsciberras@ass-hopital-cheminots.asso.fr

Hôpital Georges Clemenceau
1 rue Georges Clemenceau
91750 Champcueil

RECRUTE
pour ses services de soins de suite et rééducation

KINÉSITHÉRAPEUTES à temps plein,
statut fonction publique hospitalière
Crèche et centre de loisirs sur place
Logement temporaire possible

Contact :
Madame Sophie MAUNIER
Directeur des Ressources Humaines
01 69 23 20 11

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Votre métier est essentiel. Aussi, nous mettons tout en œuvre pour vous permettre de mener à bien vos missions et de valoriser vos compétences. Proche du parc Montsouris à Paris, l'IMM (Hôpital privé à but non lucratif) offre un environnement unique : 9 départements médico-chirurgicaux, 6 départements médico-techniques, un plateau technique moderne, 17 départements de chirurgie de pointe dont : orthopédie, thoracique, vasculaire et réanimation, 420 lits et 1 500 personnes. Un environnement à la hauteur de votre expertise, pour exprimer vos talents.

Cadre kinésithérapeute H/F
CDI temps plein
Gestion administrative et activités de rééducation. Encadrement de 13 kinésithérapeutes. Première expérience d'encadrement exigée. Certificat de moniteur cadre ou cadre de santé.

Kinésithérapeutes H/F
CDI temps plein - temps partiel
Polyvalents sur nos différents départements.

Adressez votre dossier de candidature
sous réf. KI/KS à l'Institut Mutualiste Montsouris,
DRH, 42 bd Jourdan, 75014 Paris
ou recrutement@imm.fr - www.imm.fr

L'INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS

TMPNEO

Taga
Médical & Scientifique
Groupe MetaSoft
Intérim & Recrutement

www.taga-medical.fr

Nous vous proposons
Toutes les spécialités
et services :
CRF,
Hôpitaux,
Poly-Handicap,
Thermalisme,
Kiné sportive ...

Pour des missions d'intérim,
des postes selon vos disponibiltés,
des postes fixes en contrat à durée determinée
et indéterminée. Sur toute la France et DOM/TOM.
Le transport et le logement peuvent être assurés.

Contactez Magda :
Tél. : 01 58 36 02 52 - E-mail mdjardali@metasoft.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

Centre Hospitalier de Mulhouse

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

Au service de la vie

CENTRE HOSPITALIER DE RUMILLY (74)
A 20 minutes d'Annecy (Haute Savoie) et d'Aix les Bains (Savoie), à 1 heure de Lyon

Centre Hospitalier de Rumilly

RECHERCHE
Deux Masseurs Kinesitherapeutes

CDI à temps plein (35 H) et à temps partiel pour les services de medecine / long sejour / readaptation et reeducation cardiaque.
Vous intégrerez l'équipe pluridisciplinaire : 6 masseurs kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute, 2 neuropsychologues.
Statut de la fonction publique hospitalière.

Adresser votre candidature :
Par courrier :
Directeur du Centre Hospitalier de RUMILLY
23, rue Charles de Gaulle
B.P. 88 - 74151 RUMILLY Cedex
Par email :
drh@ch-rumilly.fr

au cœur **de la recherche**

Jacques Bergeau, cadre de santé kinésithérapeute

→ Choisir une méthodologie de recherche... pour quoi ?

La bibliographie de référence (cf Kinéscope n°4) aide à définir la problématique de recherche (ex : "faire expectorer un bébé"). Il faut maintenant définir les méthodes permettant de tester une hypothèse.

L'étude observationnelle utilise la méthodologie de l'enquête. Elle doit s'appuyer sur des informations fiables que le kinésithérapeute aura collectées auprès de personnes interrogées. Elle implique qu'une question de départ soit avancée et retenue à titre principal (ex : les parents du bébé participent-ils à la séance de kinésithérapie ?). Viennent ensuite les moyens qui permettront de répondre à cette question et d'argumenter. Ce travail de collecte des informations peut être réalisé sous la forme d'une interrogation écrite (questionnaire) ou orale.

Le questionnaire est "une liste de questions méthodiquement posées en vue d'une enquête" (Robert). L'enquête exhaustive est la plus sûre, mais ne peut être pratiquée que lorsque les interrogés sont peu nombreux. Dans le cas contraire, il faut s'adresser à un échantillon représentatif de personnes. Un effectif inférieur à 15 personnes interrogées relève de l'enquête exploratoire qui permet d'émettre une opinion ou d'avancer un argument.

Il est nécessaire de tester un questionnaire auprès d'un échantillon, de l'amender si besoin avant son lancement définitif. La passation du questionnaire peut se faire par correspondance, par téléphone, par courrier électronique ou sur le terrain.

Le questionnaire doit être conçu de façon à éviter les biais suivants : refus de répondre, tendance à donner des réponses de mise en valeur ou réticence à répondre aux questions jugées indiscrètes.

Structure du questionnaire (anonyme) :

→ titre motivant

→ introduction : se présenter, indiquer les objectifs de l'enquête et préciser le délai de réponse

→ premières questions : faciles, mettent l'interrogé en confiance

→ questions essentielles : présentées par thèmes en cassant la cohérence des questions chaque fois que la logique des questions amène une personne à répondre en veillant à ne pas se contredire (cela revient à "dissimuler" les questions importantes).

→ questions personnelles : placées à la fin pour éviter un réflexe prématuré de rejet. On peut vouloir connaître certaines caractéristiques de la personne (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle...)

→ remerciements : directs et brefs

Les questions peuvent être fermées (réponses guidées) ou ouvertes (expression libre). Une question ouverte clôt souvent une série de questions fermées.

Réaliser un travail de recherche, c'est produire de la connaissance.

C'est répondre à une question :

→ d'un patient,
→ de la société,
→ d'un professionnel de santé,
→ d'un scientifique (domaine santé),
→ d'un industriel à haute technologie... etc.

C'est rendre compte de son travail (de son salaire ou du financement alloué).

C'est démontrer (d'abord à soi-même) sa capacité à concevoir et conduire un travail de recherche, dans toutes ses composantes.

L'étude expérimentale vise la validation d'un instrument de mesure, d'une méthode ou d'une modalité thérapeutique.

Une hypothèse de départ est avancée puis testée (exemple : la participation active des parents pendant la séance de kinésithérapie diminue le nombre total de séances nécessaires dans le cadre d'une bronchiolite).
La partie "matériels et méthode" donne sa crédibilité à l'étude. Le kinésithérapeute doit donner assez de détails pour qu'un autre kinésithérapeute compétent dans le domaine puisse reproduire le travail.
La population étudiée doit être spécifiée : nombre, caractéristiques pertinentes pour l'étude, critères d'inclusion des patients et des sujets témoins, critères de non-inclusion et d'exclusion des patients.

Les spécifications techniques des matériels utilisés doivent être précisées.

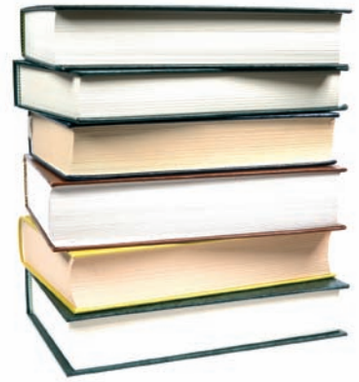
Le protocole expérimental, les variables et les paramètres retenus, le contrôle des facteurs de confusion (biais) ainsi que l'outil statistique utilisé seront explicités.

→ L'étude contrôlée randomisée apporte le meilleur niveau de preuve (exemple d'hypothèse : la valeur de saturation en oxygène est un critère d'adaptation de la séance de kinésithérapie respiratoire du nourrisson à l'hôpital).
→ Le suivi de cohorte est une étude longitudinale de suivi d'une population (exemple d'hypothèse : la kinésithérapie diminue le risque de récidive d'une bronchiolite)

L'étude d'un cas clinique
Le rapport de cas clinique expose une observation particulière par sa rareté ou par son caractère démonstratif (exemple : cas d'un bébé pris en charge en kinésithérapie au troisième épisode de bronchiolite dans sa première année de vie).

La structure du rapport de cas clinique :
→ introduction : présente le sujet et cite des références crédibles pour justifier l'intervention qui a été choisie, mène clairement et logiquement à l'exposé du but poursuivi.
→ description du cas clinique :
Présentation du patient / Histoire et revue des structures et fonctions : décrit les recours antérieurs à la kinésithérapie liés à l'histoire actuelle, et les résultats attendus par le patient ou sa famille.
Examen, évaluation, diagnostic et pronostic kinésithérapiques : explique clairement le raisonnement pour l'utilisation de chaque test ou mesure, détaille les procédures d'examen, renseigne sur la fiabilité et la validité des mesures utilisées, explique clairement le processus de prise de décision, qui conduit de l'examen - en passant par l'évaluation, le diagnostic, et le pronostic - au plan de soin et au choix de l'intervention.
Intervention : explique clairement l'intervention et le raisonnement suivi pour modifier l'intervention au cours du temps (ce qui s'est produit et à quel moment), précise la quantité d'intervention (séances programmées, manquées... etc.).

Résultats (bilan de l'intervention) : compare les résultats mesurés au statut initial du patient, inclut la progression réalisée vers les résultats attendus par le patient ou sa famille.
Discussion/Conclusion : fait un rapport entre ce qui s'est produit et ce que d'autres ont rapporté dans la littérature (évite la relation de cause à effet, évite de généraliser le cas à d'autres patients) et fait des suggestions pertinentes pour de futures recherches.



La revue de littérature :
→ La mise au point fait l'état des connaissances en kinésithérapie à un moment donné sur un sujet précis (processus, technique d'examen ou d'intervention, matériel, prescription... etc.). Elle cherche à présenter de manière neutre les acquisitions des dernières années. Une mise au point comprend en général **30 à 50 références bibliographiques** (exemple : kinésithérapie respiratoire et bronchiolite du nourrisson).
→ La revue générale est une version plus complète de la mise au point. Elle s'intéresse à un domaine plus vaste et pose également l'évolution des connaissances dans sa dimension historique. Le nombre de références dépasse le plus souvent la centaine.

Le travail de recherche en sciences humaines comprend quatre grandes parties :

→ le cadre théorique
→ la méthodologie
→ les résultats
→ une discussion.

Quelle que soit la méthodologie choisie, la recherche doit se conformer à toutes les obligations éthiques, déontologiques et réglementaires (secret professionnel, commission informatique et liberté, anonymat, réglementation Huriet.-Sérusclat...) applicables dans les secteurs de la santé, de la recherche et de la publication.

Les documents issus des dossiers des patients (fiche d'examen kinésithérapique, photographie, compte rendu opératoire, résultat d'examen paraclinique... etc.) doivent être rendus anonymes.

Kaleïdoscope

XII[e] JNKS Lille 2008

du **jeudi 22 mai au samedi 24 mai**
Institut Gernez Rieux - CHU de Lille (59)

CNKS
Collège National de la Kinésithérapie Salariée
au cœur du métier...

Après le ***temps*** aux **JNKS Besancon 2006,**
après l'***espace*** aux **JNKS Marseille 2007,**
c'est autour de l'***activité*** que se préparent les **JNKS Lille 2008**

PRE ANNONCE - AVANT PROGRAMME...

Bouclant ainsi la trilogie des dimensions du mouvement, ces XII[èmes] JNKS proposeront interventions, réflexions et débats, à partir :

De la définition de la profession
Du métier et des pratiques professionnelles
De l'actualité des pratiques professionnelles
De l'évaluation des pratiques professionnelles

De l'Europe de la kinésithérapie
De l'actualité des politiques professionnelles
De l'évolution des SSR et du parcours du patient

...DES JNKS AU CŒUR DE L'ACTIVITÉ !

Remerciements aux partenaires JNKS 2007

• NEUROLOGIE • RHUMATOLOGIE • TRAUMATOLOGIE •

COORDINATION • PROPRIOCEPTION • RENFORCEMENT MUSCULAIRE POSTURAL

SYSTÈME HUBER® : LA RÉÉDUCATION NEUROFONCTIONNELLE EN MOUVEMENT

PAR LE BIAIS D'UNE COLONNE DE FORCE COUPLÉE AU PLATEAU OSCILLANT LPG, LE DISPOSITIF HUBER CRÉE UN DÉSÉQUILIBRE QUI NÉCESSITE DES AJUSTEMENTS POSTURAUX DE RÉÉQUILIBRATION. LES BÉNÉFICES SUR UN RENFORCEMENT MUSCULAIRE PROFOND, L'AMÉLIORATION DE LA PROPRIOCEPTION ET DES FONCTIONS PSYCHOMOTRICES SE RÉVÈLENT TRÈS ENCOURAGEANTS.

Poignées à capteurs de force, plateau de vigilance musculaire, écran interactif… HUBER est un outil High-Tech polyvalent pour la rééducation.
Il permet de travailler sur **une prise en charge globale des patients, depuis les appuis podaux jusqu'au sommet du rachis.** Cet appareil agit, notamment sur le renforcement des chaînes musculaires en recrutant jusqu'à 80 muscles en même temps (les muscles profonds du rachis), **accroît la coordination motrice, sollicite le système proprioceptif.** Cette haute technologie a été mise au point par la recherche LPG en collaboration avec une équipe de kinésithérapeutes spécialisés.

Une bibliographie qui s'étoffe et une communication aux derniers Entretiens de Bichat.
HUBER est, de plus, un outil reconnu par le monde de la rééducation. Plusieurs publications et communications témoignent de l'efficacité de la technique. Durant les derniers **Entretiens de Bichat (10 au 15 sept. 2007), les docteurs Portero et Thoumie ont fait part de leur étude. Celle-ci met en évidence l'importance que pourrait avoir un traitement sur HUBER pour les sujets présentant, notamment, des déficits sensoriels ou les personnes âgées.** Par ailleurs, l'étude souligne l'amélioration de la qualité de vie de nombreux patients issus de la traumatologie, rhumatologie, neurologie, en particulier, sclérose en plaques, troubles de l'équilbre (risque de chutes fréquentes), etc.

UNE RÉÉDUCATION EN 3D POUR :

- Dynamiser les centres nerveux ;
- Augmenter force et vigilance musculaires ;
- Stimuler la proprioception ;
- Rééduquer les troubles vestibulaires, et l'équilibre.

Bibliographie et publications scientifiques consultables sur www.cosire-lpg.com

Informations au :
N° Azur 0 810 786 900
COÛT D'UN APPEL VARIABLE SELON L'OPÉRATEUR TÉLÉPHONIQUE

LPG

1338 - LPG Systems – S.A. au capital de 2 000 000 euros - Siren 335 183 826 RCS Romans - © Copyright LPG Systems 2007 - LPG et Huber sont des marques déposées. Toute reproduction - même partielle - strictement interdite.