



Activité(s) en kinésithérapie

instabilité/précarité
ou évolutivité/pérennité ? P05

→ P8 Ré-ingénierie du DE

→ P13 Réforme des SSR

→ P22 Stress au travail



Avril / Mai 2008
n°09

"L'avenir
quotidien"

EDITION



Santé
Synergie

HUBER®

RÉÉDUQUER EN MOUVEMENT

CENTRES NERVEUX

INFORMATIONS VESTIBULAIRES

INFORMATIONS VISUELLES

STABILISATION DE LA POSTURE

INFORMATIONS PROPRIOCEPTIVES

INFORMATIONS EXTÉROCEPTIVES



DERNIÈRES ÉTUDES :

DR. M. BOJINCA
Étude comparative entre HUBER et la kinésithérapie classique pour la prise en charge de la lombalgie chronique commune.

PR. P. SAGGINI
Évaluation de l'efficacité du système HUBER dans l'amélioration de l'équilibre chez les sujets âgés.



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

Sommaire n°09 Avril-Mai 2008

Macroscopie

Santé, précarité et CIF : l'accompagnement biopsychosocial en kinésithérapie P05

Au coeur de la formation

Ré-ingénierie des diplômés paramédicaux : une réforme commencée il y a deux ans P08

E-learning et Web 2.0 : Mettre l'apprenant en situation d'auteur P10

Au coeur des Organisations

Santé en (r)évolution : (r)apports, (r)éformes et regards P13

Réponse aux besoins de rééducation fonctionnelle : des acteurs à l'intégration des soins P14

Macroscopie

Vous avez dit stress au travail...?! P22

Au coeur de la recherche

Le rapport de cas, primum movens de la recherche P28

Périscope

"Il n'y a pas de vents favorables pour ceux qui ne savent pas où aller."
Sénèque



"instabilité/précarité" versus "évolutivité/pérennité" ?
C'est clair et net, tous les observateurs en ont pris conscience, l'exercice salarié est en tension.

Les salariés sont en tension pour cause d'environnement mouvant mais aussi - et surtout - d'une réalité ou d'un ressenti exprimé comme celui de l'absence de visibilité et de lisibilité des (r)évolutions implicites ou explicites, suggérées, voire engagées. Les salariés sont en tension pour cause de dissension ordinaire mais aussi - et surtout - d'une réalité ou d'un ressenti exprimé en tous cas comme celui de l'instabilité et de la précarité... Instabilité et précarité en termes d'emplois (vacances de postes et remplacements), en termes de structures (fermeture ou reconversion), pratiques professionnelles (arlésienne EPP), de continuum des soins inassurables dans certains secteurs.

Tout changement apporte son lot de continuités et son lot de ruptures satisfaisant les uns, mécontentant les autres... et vice versa d'une idée ou d'une réalisation à l'autre.

Ce qui, dans tous les cas, serait inopportun - pour ne pas dire paradoxal - c'est que notre métier qui prône au cœur de ses valeurs l'autonomie et l'adaptabilité pour les patients soit lui-même incapable d'assumer cette autonomie et de l'accompagner voire d'anticiper, voire d'induire et conduire son propre, indispensable et inéluctable changement. Certes l'Etat au-delà de la floraison de "hautes tutelles et instances" - officines de subsidiarité affichée - conserve un pouvoir régalién encore bien souvent plus que prégnant.

Mais c'est bien en (dé)montrant notre aptitude et notre capacité à cette évolutivité que nous assurerons une pérennité de nos activités et de notre métier. Certes nous n'y avons, pour la grande majorité, pas été préparés et de cette incompréhension innée naît encore bien trop souvent une incurie certaine.

La remise à plat de notre métier et de ses fondamentaux, l'ouverture vers de nouvelles coopérations - ni plus ni moins que la remise en cause générale du système auquel nous sommes attachés mais que nous savons aussi tellement décrier - doivent être appréhendés comme une opportunité... quels que soient les frottements, les heurts et autres affrontements au titre de principes, de dogmes ou de certitudes infondées.

Les réflexions et les incantations sont plurielles... cela est bien mais cela attise aussi le flou de chacun qui, convaincu d'une nécessité commune, souhaiterait connaître la vérité, la règle... sans avoir à la rechercher, à l'appréhender, à la faire sienne... et en se donnant la liberté de l'exiger pour les autres mais de s'en affranchir à titre personnel... confortant ainsi la représentation de profession "indépendante" au détriment d'une "autonomie" bien pensée et bien articulée entre ses membres et avec les autres professionnels.

Si le mouvement - et par delà l'activité humaine - demeure au cœur de nos intentions, notre moteur d'inférence... alors pour garantir évolutivité et pérennité du métier et de ses activités, osons penser et agir conjointement "environnement et pratiques en mouvement".

Yves Cottret,
Président du CNKS



Direction de la publication
Yves Cottret

Rédacteurs en chef
Brigitte Plages, Jacques Bergeau

Comité de rédaction
Pascale Cosselin, 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



Conception, réalisation, régie publicitaire & édition
Cithéa Communication
178, quai louis blériot
75016 Paris
Tél : 01 53 92 09 00
Fax : 01 53 92 09 02
cithéa@wanadoo.fr
RCS PARIS B 422 962 233 - APE 7311 Z
SARL AU CAPITAL DE 40 000 €

Crédits photographiques
Fotolia.fr
Impression
Tanghe Printing (Belgique)

Dépôt légal :
2^e trimestre 2008
ISSN : 1956-7596

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

kinéscope
Cultures & Métiers des kinésithérapeutes salariés

La référence* des professionnels quel que soit son nom

DEPUIS JANVIER 2008

Tensoplast®

a remplace

Elastoplaste®

conforme
LPPR

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***.

BSN medical

BSN medical SAS / Division commerciale
25, boulevard Marie et Alexandre Oyon
72058 Le Mans Cedex 2
Tél. : 02 43 83 40 40
Fax. : 02 43 83 40 41

N°1

*Source IMS
Healthcare / Dataview

Macroscopie

Santé, précarité et CIF : l'accompagnement biopsychosocial en kinésithérapie

→ Daniel Michon, Directeur d'IFCS

Les conséquences sur la santé des situations sociales sont manifestes : de plus en plus de personnes cumulent des handicaps de différentes natures sans que les approches de santé puissent à elles seules prendre en compte les facteurs qui inter-agissent. Non seulement le paradigme de la maladie est trop étroit pour appréhender une clinique complexe, mais le concept de santé doit lui-même s'élargir à la notion de **santé sociale** ⁽¹⁾.

Les personnes dites en situation de grande précarité présentent des modalités de souffrance particulière, avec une grande intrication des indicateurs physiques, psychiques et sociaux. Même si les masseurs-kinésithérapeutes participent rarement au stade initial des prises en charge, la conception de ces approches de santé sociale mérite d'être connue et transposée.

Dans une société où la précarité concerne progressivement non seulement les personnes mais aussi les organisations, les institutions, comprendre les situations des personnes les plus vulnérables et les interven-

tions qu'elles requièrent approfondit nos réflexions sur l'accompagnement en kinésithérapie.

Après avoir défini la notion de précarité et avoir esquissé la notion de clinique psychosociale qui lui est attachée ⁽²⁾, nous tenterons de repérer l'intérêt d'élargir nos approches des situations intriquées sans pour autant changer de métier.

“Les situations de précarité conduisent les personnes à perdre confiance en elles, dans les autres et dans l'avenir.”

La **précarité** renvoie à l'incertitude vis-à-vis de l'avenir et au fait d'avoir besoin des autres pour faire face. Elle est à distinguer de la pauvreté ou de la misère, qui s'apparentent davantage des besoins insatisfaits en dessous d'un seuil défini dans une société donnée, exprimant un dénuement plus ou moins avancé. La fragilité est en rapport avec les vulnérabilités physiques ou psychiques mais ne s'accompagne pas forcément d'une précarité sociale.

La mesure de la précarité est évidemment difficile ; cependant un gradient social est nécessaire pour concevoir les accès aux droits à des aides : le score EPICES ⁽³⁾, par exemple,

est construit à partir d'une sélection de critères socio-économiques et d'indicateurs de santé :

Critères socio-économiques utilisés :

- niveau d'étude les plus faibles,
- catégories sociales défavorisées, instabilité d'emploi ou sans emploi,
- sans domicile fixe, résidence à loyer modéré, bénéficiaires de RMI ou de CMU,
- appréciation négative de la santé, non recours aux consultations ou aux soins,
- famille monoparentale.

Indicateurs de la santé repérés :

- mauvais état dentaire,
- signes de maigreur ou d'anémie ou au contraire obésité,
- HTA, déficit sensoriels (auditifs, visuels),
- glycémie élevée, avec cholestérol et triglycérides normaux,
- consommation de médicaments, d'alcool, de tabac.

Dans une société où les changements s'accroissent, ou la place de chacun peut évoluer rapidement au gré des transformations culturelles, structurelles et fonctionnelles, les situations de précarité augmentent et se diversifient : si on pense spontanément au nombre croissant de "Sans Domicile Fixe", de "sans papiers", de "sans emploi"... Il faut étendre l'aire de précarité aux personnes isolées et à toutes celles dont les situations peuvent changer du jour au lendemain suivant les

(1) La Charte d'Ottawa (OMS 1986) reprend les conditions sociales nécessaires à la santé : "se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable", Eric FUCHS

(2) Dr FURTOS, Directeur scientifique de l'ORSPERE, Conférence "Santé, soins, précarité" le 10 avril au CHU de Grenoble. Documents et publications consultables sur www.orspere.fr

(3) E.LABBE, J.J.MOULIN et collab, Un indicateur de mesure de la précarité et de la santé sociale : le score EPICES – Revue de l'IRE, N°53-2007, 1-49 pages.



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



CATALOGUE SUR DEMANDE



30 MODELES



CONCEPTEUR

DEPUIS 1955

N°1

TABLE ELECTRIQUE

D' APPAREILS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

FABRICATION



Rééduquer en toute sécurité

Depuis plus de 20 ans, Tech med Tm est le seul concepteur-constructeur français de matériels standards & spécifiques :

- pour la rééducation fonctionnelle,
- la réadaptation cardiaque,
- la médecine du sport,
- la réhabilitation à domicile.

Nos matériels sont connus et utilisés dans les plus grands centres hospitaliers.



Tm PREMIUM 2100



Tm PREMIUM 4100



Tm CARDIO 2600



Tm MOTOR 2000

Conception de matériels sur-mesure adaptés à de nombreuses pathologies

Les plus Tech med Tm : garantie de 3 ans - extension à 5 ans
Contrats de maintenance : formules à la carte
Matériels aux normes CE : conforme à la directive 93 / 42 / CEE*

Tech med Tm
RN 6, route de St Bris • BP4 • F - 89290 Champs-sur-Yonne
Tél. + 33 (0) 386 53 83 81 • Fax + 33 (0) 386 53 80 42
contact@techmed-tm.com

www.techmed-tm.com

*Sauf gamme Tech Med Premium - Document non contractuel.

Macroscopie

Santé, précarité et CIF : l'accompagnement biopsychosocial en kinésithérapie

→ Daniel Michon, Directeur d'IFCS

évolutions des marchés, des délocalisations industrielles ou les ruptures de diverses natures. Ainsi le score EPICES montre que 20% de la population qui présente les états de santé des personnes en situation de précarité, ne correspondent pas aux critères socio-administratifs retenus pour l'accès aux aides apportées aux personnes précaires.

Mais ces indicateurs de santé sociale ne traduisent pas les impacts psychologiques de la précarité : l'absence d'estime de soi ou la dévalorisation personnelle ou le sentiment d'inutilité caractérisent le vécu dans ces situations singulières. Ce contexte sociétal, dit de "3^{ème} modernité", stimule certains individus qui trouvent dans le changement des incitations pour évoluer. Beaucoup d'autres vivent mal l'incertitude de la compétition sociale et se retrouvent exposés à deux tendances auto-aggravantes : l'isolement (c'est le repli sur soi) ou le sentiment de persécution (l'autre est perçu comme dangereux). Ces deux modes réactionnels se renforcent mutuellement jusqu'à produire finalement un syndrome d'auto-exclusion⁽⁴⁾.

Les situations de précarité conduisent les personnes à perdre confiance en elles, dans les autres et dans l'avenir. Cette souffrance psychique d'origine sociale est particulièrement difficile à supporter parce qu'elle dépend aussi des autres et du regard qu'ils posent sur la personne et ses difficultés. La rupture des liens

sociaux et familiaux est à la fois une cause, une conséquence et un indicateur de cette spirale de l'exclusion produite par la précarité.

La prise en charge des personnes en situation de désocialisation nous oblige à repenser nos modes d'approche et d'accompagnement : comment adapter nos démarches quand nous sommes confrontés à la non demande de soins, aux réactions thérapeutiques négatives ou aux comportements paradoxaux ?

L'approche biopsychosociale véhiculée par la CIF⁽⁵⁾ (Classification Internationale du Fonctionnement) semble tout à fait pertinente pour adapter nos approches professionnelles à ces situations ou les sémologies cliniques et sociales sont intriquées. En proposant un modèle d'analyse systémique permettant les interactions entre les données biomédicales, personnelles, environnementales et sociales des situations, cette démarche permet d'élargir son cadre de réflexion quelle que soit l'intervention professionnelle⁽⁶⁾ : proposer un cadre pour passer d'un bilan des déficiences d'une personne à l'analyse de ses situations de handicap, pour associer des données qui à la fois déterminent le choix des actes techniques et permet de réfléchir le type d'accompagnement à mettre en œuvre en fonction des intrications des dimensions cliniques, personnelles et sociales.

Dans une société individualiste, la personnalisation de la prise en charge devient incontournable pour

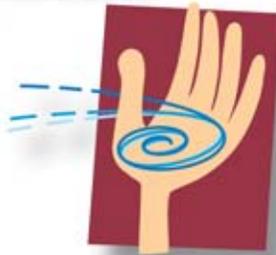
répondre aux attentes des usagers. En même temps, les réponses aux besoins des personnes en situation de grande précarité imposent des approches interprofessionnelles qui convergent pour favoriser le rétablissement des liens : la CIF apporte un cadre structuré de manière significative, dans lequel peuvent converger sur la situation d'une personne, les données des différentes démarches de diagnostic, d'intervention et d'évaluation des professions sanitaires et sociales.

Enfin les interventions conçues à partir d'une approche biopsychosociale de la situation des personnes les plus vulnérables concourent à recentrer tous les professionnels sur le sens humain des actions proposées. Non seulement il s'agit de traiter la question de santé, mais il faut réduire le cumul de handicaps. Par la relation humaine ouverte et respectueuse que requièrent les situations de vie des personnes, le professionnel enrichit l'humanité de son accompagnement et de son exercice.

Dans une société où la place de chacun semble perdre de la stabilité, c'est peut-être en considérant davantage les démarches communes que nous développons pour les personnes les plus vulnérables que nous ressourçons les valeurs qui font le cœur de nos pratiques professionnelles : n'est-ce pas une des fonctions sociales du plus vulnérable que de nous apprendre "notre métier d'homme"⁽⁷⁾, à "faire ensemble" et "avec nos propres fragilités" ?

Diploma of Advanced Studies DAS 2008 – 2010

- Approches multi-conceptuelles
- Perception et gestuelle
- Raisonnement clinique



Thérapie manuelle

Evaluation et traitement des fonctions / dysfonctions musculo-squelettiques et viscérales

Une formation postgrade de **35 ECTS** destinée aux physiothérapeutes sur deux ans et demi en sessions de 4 jours (1'050 heures de cours, travail personnel, supervision).
Entrée en formation : octobre 2008. Coût Frs 12'500.-

Formation continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

Module A (6 ECTS)
Fondements et méthodologie

Module B (12 ECTS)
Evaluation et traitement des dysfonctions musculo-squelettiques du rachis et des membres

Module C (6 ECTS)
Evaluation et traitement des dysfonctions viscérales et musculo-squelettiques crânio-rachidiennes

Module D (6 ECTS)
Module d'intégration
Travail de diplôme (5 ECTS)

Contact : Mme Ruth Schmid, ruth.schmid@hesge.ch
Plus d'informations : www.hesge.ch/heds

Avec le soutien de **physio swiss**

h e d s
Haute école de santé Genève

Hecv santé
Haute école cantonale vaudoise de la santé

Hes-so VALAIS WALLIS
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences Western Switzerland

(4) Dr Jean FURTOS, *les cliniques de la précarité*, coordination de l'ouvrage à paraître à partir des actes du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française organisé à Bastia du 5 au 7 juin 2008

(5) *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, OMS 2001 : "la CIF permet de décrire des situations relatives au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir, elle fournit un cadre pour organiser cette information."

(6) Erika Omega HUBER et coll : *Dossier CIF et kinésithérapie : l'expérience suisse*, Kinesither Rev 2008 ; (73) : 11-49

(7) A. JOLLIEN, *Le métier d'homme*, Edition du seuil 2002, et *L'éloge de la faiblesse*, Edition du CERF 1999

→ Ré-ingénierie des diplômes paramédicaux : une réforme commencée il y a deux ans.

Le ministère de la santé a lancé fin 2007 la ré-ingénierie des diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute et de pédicure-podologue. Les travaux déjà réalisés concernent les diplômes d'Etat d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et le diplôme professionnel de préparateur en pharmacie hospitalière. Des travaux, toujours en cours, concernent le diplôme d'Etat d'infirmier ainsi que celui d'infirmier de bloc opératoire.

L'ingénierie renvoie à la conception d'un projet, de la définition de ses objectifs aux mesures nécessaires à sa réalisation.

Le projet du ministère de la santé est ambitieux : penser et refondre les diplômes d'Etat pour les professions de santé placées sous sa responsabilité, en matière de formation et d'exercice.

LES ENJEUX DE LA RÉFORME DE RÉ-INGÉNIERIE DES DIPLÔMES PARAMÉDICAUX :

Le diplôme conditionne l'accès à certaines professions et à certaines formations ou concours. Il reconnaît au titulaire un niveau de capacité vérifié. Le diplôme est considéré comme la garantie que la personne possède, à un niveau défini, les connaissances et les savoir-faire nécessaires à la mise en œuvre des activités caractéristiques du métier considéré. Le titulaire du diplôme est autorisé, le plus souvent, à porter un titre inscrit sur le diplôme. Les termes de "diplôme national" ou de "diplôme d'Etat" s'appliquent exclusivement à des certifications ministérielles.

Les diplômes paramédicaux sont actuellement délivrés par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) au nom du ministre chargé de la santé. Les diplômes universitaires sont des diplômes nationaux délivrés par les universités au nom du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Ils sont enregistrés de droit au Répertoire National des Certifications Professionnelles.

La ré-ingénierie des diplômes paramédicaux doit rendre lisible l'offre de certification dans le domaine de la santé. Elle doit permettre l'inscription de ces diplômes au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP). Créé par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Ce répertoire national vise à faciliter l'accès à l'emploi, la gestion des ressources humaines et la mobilité professionnelle. Toutes les certifications reconnues par l'Etat et les partenaires sociaux sont réunies dans un même espace, le RNCP.

Cet objectif, l'inscription au RNCP, explique le processus d'ingénierie suivi dans le projet ministériel de refonte des diplômes paramédicaux.

Cette ré-ingénierie est structurée autour d'une méthodologie commune à tous les diplômes :

- construction de référentiel d'activités et de compétences pour chaque métier
- définition des critères et des procédures d'évaluation, afin de permettre notamment la mise en place d'une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et articuler ces diplômes de santé avec le dispositif Licence Master Doctorat (LMD).

Construire un référentiel de certification devient ainsi une obligation. Ce référentiel de certification comprend nécessairement un référentiel de compétences, les critères d'évaluation de ces compétences, ainsi que les modalités propres d'évaluation.

Référentiel de compétences, critères d'évaluation et modalités d'évaluation et de validation définiront de fait le référentiel de formation.

LA DÉMARCHE SUIVIE POUR L'ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION

1. Du métier considéré au référentiel d'activités de ce métier

Le référentiel d'activités :

- donne la définition du métier,
- présente de façon ordonnée les activités professionnelles caractéristiques de l'exercice du métier.

L'activité est définie comme le premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé. L'activité prend du temps, elle est visible, elle est définie par un substantif.

Par exemple : "Examen, recueil de données, d'informations, et diagnostic nécessaires à l'intervention du kinésithérapeute"

2. Du référentiel d'activités au référentiel de compétences

Le référentiel de compétences décrit de façon ordonnée les compétences exigées pour l'obtention du diplôme. La compétence est définie par un verbe, elle ne se voit pas, elle est inférée à travers l'activité réalisée.

Par exemple : "Elaborer un diagnostic en utilisant une méthodologie appropriée".

La démarche d'élaboration du référentiel de compétences passe dans un premier temps par une analyse exhaustive des compétences mobilisées par les professionnels au cours de l'activité, dans un second temps par le regroupement de ces compétences en unités à valider pour l'obtention du diplôme.

Les compétences choisies relèvent du "cœur de métier". Elles répondent à un savoir-faire de niveau général, non-expert.

3. Détermination des critères et des indicateurs d'évaluation pour les différentes unités de compétences

Les critères portent sur :

- les résultats directs de l'activité,
- la façon de procéder dans la réalisation de l'activité,

○ la compréhension et/ou l'explicitation de l'activité réalisée.

Les indicateurs peuvent être qualitatifs et/ou quantitatifs. La définition des modalités d'évaluation doit venir compléter le dispositif : modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la formation initiale, modalités d'évaluation et de validation dans le cadre de la VAE.

À ce stade de réalisation, le référentiel de certification est finalisé.

Il reste à adapter le programme de formation du métier visé par le référentiel de certification.

4. Référentiel de formation

En lien avec les compétences à évaluer, le référentiel de formation est élaboré à partir de situations professionnelles clés mobilisant en particulier les compétences ciblées dans le référentiel. Ces situations clés sont choisies en particulier pour leur caractère générique. Elles doivent être à la fois générales et représentatives. Elles doivent également être "riches", sources de combinaisons de nombreux savoirs et savoir-faire.

Identifier les savoirs et savoir-faire nécessaires à la mise en œuvre des compétences dans les situations clés est la seconde étape.

Enfin, la dernière étape doit déterminer les unités d'enseignement qui visent, dans le contexte des situations professionnelles clés, les compétences attendues. Un découpage par semestre doit permettre à la fois une progression dans l'acquisition des savoirs et savoir-faire, et une codification en crédits d'enseignement ECTS (european credit transfer system).

En conclusion, la ré-ingénierie des diplômes paramédicaux est une démarche structurée et structurante. Elle est ambitieuse et se révèle exigeante. Elle nécessite une appropriation des concepts et de la méthode par tous les acteurs. Elle exige de la réflexion et un temps d'échanges. C'est une réelle opportunité pour initier collectivement les évolutions futures de la kinésithérapie, en lien avec les autres professions de santé.

→ E-learning et Web 2.0 : Mettre l'apprenant en situation d'auteur

LA FORMATION REMANIÉE PAR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

L'avènement de nouvelles technologies dans quelque domaine que ce soit remet en cause les habitudes, les comportements et, bien au-delà, change profondément les organisations. Le monde de la formation, n'échappe pas à ces évolutions, voire ces révolutions et suit les développements d'Internet et des nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC).

C'est ainsi que l'e-learning se développe sous des formes de plus en plus diverses. Il permet la rupture dans l'unité de temps, de lieu et d'activité de la formation traditionnelle et se retrouve en France sous le sigle FOAD (Formation Ouverte à Distance) ou e-formation, plus explicite.

Tout comme le tableau noir participait à la structuration du déroulement des cours, les NTIC structurent les nouvelles pratiques de formation et conduisent à un remaniement profond de la formation dans toutes ses facettes, de la relation pédagogique à la didactique en passant par l'évaluation et l'organisation même.

Les formations des professionnels de santé, centrées sur la relation directe avec le patient, ne sont pas celles qui se tournent le plus naturellement vers ces nouvelles technologies. Et pourtant, c'est peut-être dans le champ de la santé, que les évolutions en cours méritent le plus de réflexion, tant les activités de soin et de rééducation sont liées à la relation à l'autre.

DE NOUVELLES DIMENSIONS DANS LA FORMATION : DU TRIANGLE DIDACTIQUE AU TÉTRAÈDRE D'E-FORMATION

Le classique triangle de la formation "Apprenant-Savoirs-Formateur" (M. Fabre 1994) mérite d'être revisité à la lumière des NTIC (figure 1). Ces dernières introduisent un nouveau pôle, celui des médias utilisés en formation, transformant le triangle en tétraèdre.

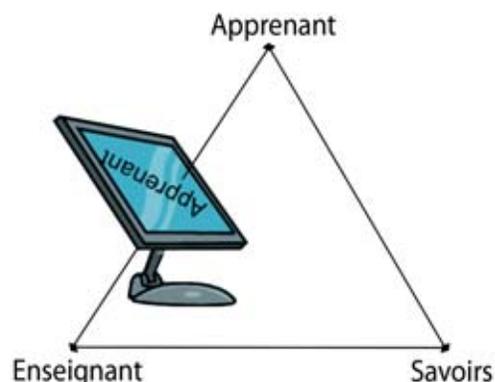


Figure 1 : le triangle de la formation en question.

Cette transformation fait émerger quatre triangles : le triangle de médiation, le triangle pédagogique, le triangle didactique et le triangle documentaire (figure 2). La médiation, nouvelle dimension émergente, devient déterminante. Le formateur se livre à une véritable "transposition médiatique" (Alava, 2000) multimodale des contenus selon des modalités synchrones ou asynchrones. Les différentes facettes du métier de formateur se trouvent considérablement enrichies. Elles nécessitent une ingénierie mettant souvent en œuvre des technologies très diverses et la collaboration d'informaticiens, de graphistes, des monteurs vidéo,... en utilisant une méthodologie de projet dont le leadership revient au formateur.

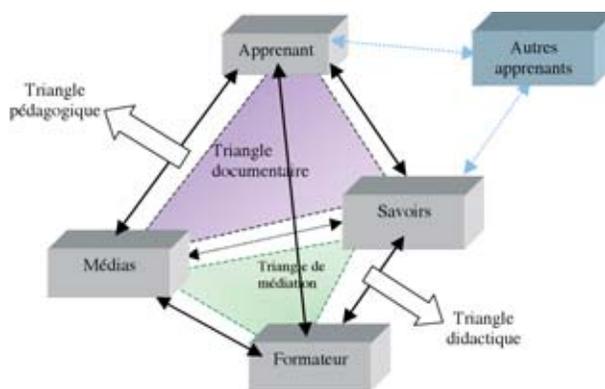


Figure 2 : le tétraèdre d'e-formation d'après Alava, 2000

Mais cette médiatisation, en formalisant tout sous forme de supports informatiques pourrait rapidement devenir une fermeture et réduire l'apprenant à l'état de spectateur zappant d'un média à l'autre. Ne serait-ce pas justement à l'apprenant de participer à ce processus de médiatisation, le conduisant à réorganiser les savoirs mobilisés et à avancer dans son apprentissage ?

APPRENTISSAGE COLLABORATIF ET WEB 2.0

Les outils du Web 2.0 que sont les blogs et les wikis ont pour avantage de permettre à chacun de contribuer aux contenus. Combinés à des espaces de partage documentaires, ils constituent une forme particulière de médiation "collaborative". Ils permettent une grande richesse d'inter-action dans la mesure où ils permettent à chaque apprenant d'être auteur de sa propre médiatisation. Dans le cadre d'une formation, ce type de production collaborative permet à la fois les contributions des apprenants en tant qu'auteurs mais aussi la validation par les formateurs. En outre il permet de collaborer pour concevoir des documents en groupe ou partager des documents de travail. Ces mêmes outils peuvent être utilisés pour des travaux collaboratifs très divers, comme par exemple, l'exposé de cas cliniques pendant les périodes de stage. Ils peuvent alors favoriser le lien institut de formation/hôpital et renforcer la réflexion sur l'expérience vécue, élément déterminant de la construction de compétences.

Il suffit de savoir envoyer un mail et d'avoir un ordinateur ayant accès à Internet pour pouvoir s'en servir, ils sont donc très faciles d'accès. La coordination de ces outils nécessite l'utilisation de plateformes collaboratives, permettant de suivre les activités des apprenants par des notifications e-mail automatiques et outils de syndication de contenus. Les droits d'accès par identifiant et mot de passe sont gérés par le formateur qui peut inviter les apprenants bien-sûr mais aussi ses collègues d'un même institut de formation ou d'autres établissements partenaires.

Au sein d'une dynamique de refonte des dispositifs de formation de quatre instituts (3 IFSI et un IFAS) en Rhône-Alpes, le développement actuel d'un projet d'e-formation utilisant une plateforme collaborative Web 2.0 montre l'intérêt que présente ce type d'outil. L'accessibilité est quasi immédiate pour les apprenants comme pour les formateurs. La souplesse d'utilisation permet à chaque formateur de concevoir des séquences de formation en fonction de ses objectifs, de ses contraintes, des périodes de stage... La facilité de mise en œuvre permet une mise en ligne rapide sans faire appel à des équipes de développeurs ou à des logiciels plus ou moins accessibles en termes d'ergonomie et de coût. Le

travail collaboratif permet d'entretenir une dynamique de groupe virtuel même dans les périodes de stages ou les apprenants ne sont plus présents dans les instituts. Ce type de projet permet aussi la collaboration entre formateurs et professionnels de terrain par exemple.

UNE CONCEPTION ÉLARGIE DE LA FORMATION

L'e-formation est souvent opposée à la formation présentielle traditionnelle et génère souvent un réflexe de défiance de la part des formateurs qui ont peur d'être remplacés par un "module de formation en ligne". Bien au contraire, dans les modalités combinant le présentiel et la distance, la relation pédagogique prend des formes plus diverses que les face à face en cours magistral ou les TD/TP. Une nouvelle facette de formateur-tuteur voit le jour pour suivre les apprenants en ligne de manière plus personnalisée et paradoxalement avec plus de proximité et d'accompagnement dans l'élaboration de leur travail. En témoigne la remarque d'un formateur à sa collègue dans un IFSI en voyant des présentations de cas cliniques réalisés en ligne pendant un stage : "ils sont plus avancés que les nôtres".

De son côté, l'apprenant est plus libre d'organiser son temps en fonction de ses propres rythmes de travail. Son autonomie est plus sollicitée et demande à être accompagnée. Le travail collaboratif lui permet d'accéder aux productions des autres apprenants, de les évaluer et de s'auto-évaluer.

Cette nouvelle conception de la formation au sens large, car finalement le "e" ajouté n'est qu'un moyen supplémentaire, trouve de nouvelles dimensions et développe de nouveaux pôles d'expertises des formateurs. Les modèles d'apprentissage autant que les interactions pédagogiques s'en trouvent remaniés au service des apprenants pour élaborer les formations de demain.

Références :

- ALAVA, S. (2000). *Cyberespace et formations ouvertes : vers une mutation des pratiques de formation ?* Bruxelles : De Boeck Université. (pp.45-63).
- JONNAERT, Ph. (2002). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles : Ed de Boeck.
- INRP : http://eductice.inrp.fr/EducTice/formation/2007_2008/present_scenario_wiki
- DESCHRYVER, Nathalie-(2002) "Le rôle du tutorat" In B. Charlier et D. Peraya. *Apprendre les technologies pour l'éducation : Analyses de cas, théories de référence, guides pour l'action*. Bruxelles, DeBoeck.
- http://tecfu.unige.ch/perso/class/tutorat_cvs/sst.pdf



AVIS DE RECRUTEMENT

LE CHU DE FORT DE France RECRUTE

Pour son Pôle Santé Publique – Soins de Support et de Rééducation
Au service de Médecine Physique et Réadaptation

Des Masseurs kinésithérapeutes

Pour plus d'informations nous vous invitons à nous contacter
la Coordination Générale des Soins au 05.96.55.23.07 ou
la Gestion de l'Emploi au 05.96.55.24.14 ou 05.96.55.36.44

Les candidats intéressés peuvent adresser leur
candidature à Monsieur le Directeur Général
du CHU de Fort-de-France BP 632 – 97261 FORT DE France CEDEX

BP 632 97 261 Fort de France cedex
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE FORT DE FRANCE

Adecco Quick Medical Service



Intérim & Recrutement

Futurs Kiné,
Adecco Quick Medical Service
vous accompagne pour vos premiers pas
dans la vie active !

Gagnez à travailler chez nous ! Nous vous proposons :

- Des missions en France et en Outre-mer
- L'aménagement de votre temps de travail
- Des conseils personnalisés dans votre gestion de carrière
- Les avantages du Comité d'Entreprise
- Le remboursement de votre inscription à l'ordre des Kiné (au bout de 6 mois)

Travaillez dès maintenant au **02 47 75 09 12**

ou postulez en ligne sur : divisions.specialisees@quickmedicals-service.fr

quickmedicals-service.fr

LEADER EUROPÉEN DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LA SANTÉ

au cœur des organisations

→ Pierre-Henri Haller, Jacques Bergeau, Magali Faroult,
Laurence Josse, cadres de santé kinésithérapeutes

Avril-Mai 2008

→ Santé en (r)évolution : (r)apports, réformes et regards

Les regards sur la santé changent. Un nombre important de concertations, de réflexions, de rapports, de réformes et les Etats Généraux de la Santé, annoncent et initient toute une série d'évolutions pour les professions et les professionnels.

Trois rapports* concernent l'hôpital, ses acteurs, l'organisation et l'articulation régionale des soins (Larcher, Ritter, Flageolet). Ils évoquent les questions de démographie des personnels de santé, la répartition inégale des professionnels sur le territoire, et la place accrue de la qualité et des usagers dans un hôpital en profondes mutations de gouvernance et de financement.

Le maintien de l'attractivité de l'hôpital doit faire face à l'évolution des besoins de santé, aux départs massifs à la retraite et aux désirs de mobilité des professionnels de santé.

Le "parcours des patients" reste bridé par la "fragmentation et le cloisonnement" entre soins de ville et établissements de santé, entre santé et médico-social et entre courts séjours et lits d'aval. L'éducation à la santé et la prévention, coordonnées à l'échelon régional en réseaux et filières, pourraient développer une réelle politique de soins primaires à valoriser financièrement (MIGAC)⁽¹⁾.

Par "nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé", la Haute Autorité de Santé entend une nouvelle organisation de tâches existantes, avec une logique de substitution et une répartition de nouvelles tâches, dans une logique de diversification des activités et de développement des domaines de compétence. Ces coopérations visent à améliorer l'efficacité des soins, faire face à la démographie médicale et contribuer à la revalorisation de certaines professions.

Des expérimentations de délégation⁽²⁾ ont confirmé des collaborations efficaces et efficaces sur des actes techniques et/ou des segments de prise en charge, source d'autonomie et de valorisation des professionnels infirmiers, rééducateurs ou médicotécnicos. La formation de ces professionnels repose sur des référentiels métier-compétences, une reconnaissance financière et universitaire niveau D.U. et Master et un "parcours professionnel". Elle est adossée à un apprentissage clinique et une recherche qui doivent être valo-

risée financièrement (MERRI)⁽³⁾ et nécessitent l'aménagement du cadre organisationnel et juridique de la santé.

Le rapport Bach, analysant les écueils de la sélection en première année de premier cycle d'études médicales, interroge les conditions d'orientation, les modalités pédagogiques du tutorat des étudiants. Il propose des passerelles d'entrée en 2^e année par VAE et une possibilité de sortie vers des écoles paramédicales, après une année L1. Une orientation plus précoce des étudiants en secondaire et au cours du premier semestre universitaire, un rapprochement de filières médicales permettrait de limiter les échecs qui conduisent les étudiants non-reçus vers des formations paramédicales en deuxième intention.

La kinésithérapie est un "métier sensible"⁽⁴⁾ : une pénurie est réelle mais hétérogène, liée aux questions de démographie, d'attractivité, de fidélisation, de rémunération mais aussi des questions de reconnaissance, de représentation, de management et d'évolution.

Parallèlement à des exercices hyper-technicisés et/ou pluri-compétents, des activités émergent autour de la prévention et de l'éducation à la santé. Le kinésithérapeute pourrait aussi contribuer aux parcours de soins, dans de nouvelles fonctions d'évaluation orientation et de coordination. En valorisant ainsi une ingénierie du handicap faite de liens entre secteurs intensifs et secteurs de réadaptation, et entre ville et hôpital, le kinésithérapeute s'ouvre à de nouvelles dimensions pour ses pratiques. L'étude est en cours... la monographie résultante d'entretiens réalisés par la DHOS, selon la méthodologie, auprès d'une quarantaine de cadres kinésithérapeutes, en régions Provence Cote d'Azur, Rhône-Alpes, Ile de France et Nord-Pas de Calais, est attendue pour septembre ou octobre.

Dans ce cadre de projets de recomposition générale des ressources de l'offre de soins les Soins de Suite et de Réadaptation sont l'objet d'une autre "révolution" ... la kinésithérapie et les kinésithérapeutes, du secteur public et du secteur privé, qui génèrent, et procèdent en partie de cette activité de SSR en devenir croissant, sont impactés.

A la veille des JNKS de Lille 2008 qui consacrent une session sur ce sujet Kinéscope fait le point sur cette réforme - déjà en cours - avec un collectif d'auteurs issus de ces deux secteurs (cf p. 14 à 19).

(1) MIGAC : Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation

(2) BERLAND Y. Mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences 2003".

(3) MERRI : Mission d'Enseignement de Recours, de Recherche et d'Innovation

(4) Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, 2007.

* BACH, LARCHER, RITTER... Cf www.sante.gouv.fr

→ Réponse aux besoins de rééducation fonctionnelle : des acteurs à l'intégration des soins

Une cascade de réformes déferle sur les Etablissements de Santé et les professionnels impliqués dans les processus de rééducation fonctionnelle (RF), en soins de courte durée (SCD) comme en Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR) dans un contexte de profond désenchantement hospitalier.

Les professionnels ont le sentiment de fournir des soins souvent trop peu adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie, alors que l'organisation sanitaire peine à adapter les structures et les mécanismes de liaison. Les inquiétudes des professionnels et particulièrement celles des Masseurs-kinésithérapeutes (MK) peuvent se traduire par plusieurs questions :

- Dans la ré-ingénierie actuelle du système de soins et des SSR, comment faire le lien entre le domaine du problème (la réponse aux besoins de santé) et le domaine de la solution (les professionnels - nombre et qualification - les structures et l'organisation sanitaire) ?
- Quels seront les profils d'exercice professionnel en fonction du futur découpage des structures ?
- Quelle sera la place des professionnels de rééducation fonctionnelle en SSR, en amont dans les SCD pour la prévention précoce du handicap, et en aval pour le maintien de l'autonomie au domicile ou en institution ?
- Quels seront les nouveaux métiers dans les futurs modèles de prise en charge intégrée du patient et au regard des travaux relatifs aux délégations et transferts ?
- Quelles motivations professionnelles attendre en termes de reconnaissance, de rémunération, de développement des compétences, de promotion professionnelle vers l'expertise et/ou le management et la recherche ?
- Quel impact sur la formation / niveau et adaptation dans ces 2 phases / écoles et institutions de soins ?

I - CADRE NORMATIF : DES RÉFORMES EN CASCADE

1 Nouveaux décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Le paysage des SSR est hétérogène avec un centre de gravité dans le privé non lucratif pour la RF avec de grandes disparités régionales. Les anciens préventoriums et sanatoriums sont devenus des Centres de Rééducation Fonctionnelle et beaucoup d'entre eux, gérés par le secteur associatif ou mutualiste, sont restés privés à but non lucratif.

En 2003 (source SAE), sur 28264 lits de MPR, 8588 sont en secteur public, 10864 en PSPH, 1549 en PNL (non PSPH) et 7263 en privé lucratif.

Une terminologie complexe permet de distinguer les notions de professionnels de rééducation, de disciplines SSR, d'autorisations en rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF), de spécialités médicales structurantes, dont la MPR, et de structures comme les "centres de rééducation fonctionnelle".

La réforme des autorisations supprime la distinction entre autorisations en soins de suite d'une part et en RRF d'autre part. En l'absence de définition des conditions techniques de fonctionnement, elle engendre un sentiment de forte vulnérabilité à l'arrivée prochaine de la TZA. Si l'intégration des soins est favorisée ainsi que les admissions directes, une éventuelle graduation territoriale des plateaux techniques est laissée aux régions.

"Les professionnels ont le sentiment de fournir des soins souvent trop peu adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie, alors que l'organisation sanitaire peine à adapter les structures et les mécanismes de liaison."

2 Les principes d'élaboration des SROS : filières et plateaux techniques

Les priorités des SROS sont issues des priorités nationales de santé publique et des travaux régionaux. Le SROS déclinent ainsi des thématiques obligatoires et certaines options régionales.

Les thèmes principaux concernent la constitution des filières de soins auxquels s'associent des thèmes transversaux : plateaux techniques, approches populationnelles ou logistiques. Il faut noter que l'accès aux soins pour les personnes handicapées, considéré comme relevant du secteur médico-social est exceptionnellement traité dans les SROS. L'intérêt d'identifier un champ de l'offre de soins en RF réside dans la possibilité d'une réponse aux besoins se structurant en offre territoriale graduée sur le

au cœur des organisations

Avril-Mai 2008

→ Jean-Pascal Devailly, médecin MPR - Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute
Alain Doucet, chef kinésithérapeute - André Procacci, directeur de CRF

mode d'un "plateau technique" au sens des SROS. Le système d'autorisations en RRF identifiait de fait la dimension des plateaux techniques de rééducation fonctionnelle, nécessitant des moyens gradués. Certaines régions ont élaboré des recommandations relatives aux conditions techniques de fonctionnement (document DRASSIF 1996, référentiel bourguignon,...).

Des fiches techniques sont en cours de rédaction mais risquent d'en rester à des normes minimales.

3 L'évaluation des pratiques professionnelle et la certification

La constitution progressive d'un ensemble de recommandations professionnelles de bonnes pratiques évaluées par ce processus, contribue à la valorisation des acteurs, des équipes, des processus spécialisés et des savoirs-faire collaboratifs.

4 Réformes du PMSI en SSR et arrivée de la TZA

Le rapport Molinié souligne plusieurs effets pervers potentiels de la TZA : risque de sélection des patients, risque inflationniste, risque de perte de qualité des soins par segmentation des séjours et par moindre financement des unités de soins de support. En revanche, il précise que l'intégration ville-soins de courte durée-SSR et une meilleure organisation de la sortie et de l'insertion des patients complexes améliorerait le fonctionnement des établissements. Le mode d'application de la TZA en SSR est encore à l'étude.

II - CADRE CONCEPTUEL ET DÉFINITION DU CHAMP DE LA RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

1 Des besoins aux structures

C'est la notion d'action sur les déficiences et sur le fonctionnement qui définit le **besoin** en RF. Les patients concernés présentent une particulière complexité, qui tient soit à l'association de différentes déficiences, soit à une déficience de traitement difficile.

La notion de professionnels du SSR apparaît dans un document HAS 2004 : il s'agit des professionnels médicaux et non médicaux (rééducateurs, autres professionnels de réadaptation codant en PMSI SSR : Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation). Ils exercent

également en SCD, dans le secteur médico-social et libéral. Cet exposé se limite au champ sanitaire du problème et dans ce champ aux établissements de soins.

Processus et finalités : La notion de restauration fonctionnelle fait référence à la classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et son champ peut être approché par la circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation. Cinq fonctions y sont définies :

- 1/ la **limitation des handicaps physiques** ...
- 2/ la **restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions** ...
- 3/ ... la **prévention** ...
- 4/ la **poursuite et le suivi des soins** ...
- 5/ la **préparation de la sortie et de la réinsertion** ...

Structures et critères d'admission

L'admission d'un patient dans une structure de RF (MPR pour la réadaptation neurologique et locomotrice) répond à des besoins non seulement quantitatifs de rééducation mais aussi qualitatifs : compétences médicales et paramédicales spécialisées, locaux et équipements.



→ Jean-Pascal Devailly, médecin MPR - Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute
Alain Doucet, chef kinésithérapeute - André Procacci, directeur de CRF

2 Différenciation : Spécialisation horizontale et verticale

L'analyse des 22 SROS 3 SSR en ligne montre que la plupart des régions ont privilégié l'approche par filières de soins. Un tiers environ y a associé la RRF comme axe relevant d'une logique de "plateau technique" au sens des SROS 3. Au-delà du concept intégrateur de réadaptation partagé par tous les SSR, le regroupement de professionnels, de compétences et de moyens nécessaires suppose des plateaux techniques coûteux, définissant ainsi une graduation territoriale d'accès aux soins correspondant à des niveaux stratifiés de besoins de prise en charge.

Cette graduation repose sur une différenciation verticale (proximité, recours, référence) et horizontale, de couverture territoriale qui distingue en général :

- des structures de SSR polyvalentes de proximité,
- des structures de recours de MPR et de SSR spécialisés,
- et enfin des centres de référence régionaux par exemple pour les blessés médullaires ou les cérébrolésés complexes.

Les réseaux canadiens (Sicotte) développent les concepts de hiérarchisation des soins et de subsidiarité : ainsi dans un réseau gradué, "la spécificité des rôles assumés au sein du réseau repose sur deux mécanismes de différenciation :

- la **spécialisation verticale** ou "hiérarchisation des soins", qui vise à organiser et à structurer l'offre de soins entre les structures partenaires de manière à ce que les patients puissent être pris en charge, dans une continuité des soins, par des organisations différentes du niveau primaire au niveau tertiaire.
- la **spécialisation horizontale** qui repose sur le "principe de subsidiarité" et correspond à une spécialisation selon le territoire de desserte et qui permet aux patients d'utiliser les ressources les plus légères possibles le plus près de leur domicile."

L'OMS souligne dans le concept de **réadaptation à base communautaire** (RBC) que la réadaptation peut commencer sans les professionnels, dans le milieu de vie avec les proches.

3 Vers un système intégré de soins

Si la complémentarité implique une notion de spécialisation pour répondre aux besoins des patients et des services adresseurs, celle-ci doit s'associer à de puissants mécanismes d'intégration en vue de la meilleure insertion possible au terme du processus de réadaptation, au moindre coût.

La coordination des acteurs de santé autour des patients atteints de pathologies et états chroniques graves (SROS Basse Normandie) pose un problème majeur de santé publique car elle présente une part croissante dans les dépenses de santé. La fragmentation du système français avec ses cloisonnements intersectoriels et ses enveloppes

financières distinctes ne favorise ni la collaboration des acteurs ni l'évaluation globale des coûts. Ces dysfonctionnements, dénoncés par les professionnels et les associations sont difficiles à évaluer faute d'indicateurs de santé explorant les dimensions d'incapacité fonctionnelle voire de complexité bio-psycho-sociale.

L'hôpital aigu est très peu organisé pour préparer le retour et le maintien au domicile des patients. La coordination collective des acteurs internes et externes requise par les patients complexes n'y est pas favorisée. Les systèmes coordonnés d'orientation en aval sont encore trop rares (coordinations SSR, équipes mobiles de coordination)

En interne, le fonctionnement est séquentiel, médical, puis social. Les contacts avec les acteurs externes de la redomiciliation et de l'accès aux droits sont confus et aléatoires (professionnels de ville, SSIAD, SAMSAH, MPDH, SAVS, services sociaux, logements sociaux).

En SSR, l'organisation interne est orientée sur l'insertion, cependant le cloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux pose des problèmes similaires de suivi continu et coordonné, les partenariats doivent aussi s'organiser avec les structures de réadaptation professionnelle (démarche précoce d'insertion, centre de préorientation, UEROS, CRP) et avec les structures médico-sociales d'hébergement (MAS, FAM).

"L'OMS souligne dans le concept de réadaptation à base communautaire (RBC) que la réadaptation peut commencer sans les professionnels, dans le milieu de vie avec les proches."

Shortell définit le **système de soins intégrés** comme "Un réseau d'organisations qui dispose directement ou indirectement d'un continuum coordonné de services à une population définie, en étant responsable cliniquement et financièrement des performances et de l'état de santé de la population desservie".

Les travaux canadiens (Sicotte) ont décrit les différents niveaux d'intégration nécessaires pour que ce système soit performant :

- l'**intégration clinique** organise la continuité des soins,
- l'**intégration fonctionnelle** concerne la coordination des équipes cliniques avec les activités de support : management, système d'information, financement,



- l'**intégration médecins-réseau** : implique la participation active des médecins à la mise en oeuvre du réseau.

L'autonomie des acteurs est respectée, mais l'utilisation d'incitatifs financiers et d'une structure organisationnelle orientent directions et professionnels vers des buts communs.

De nouvelles formes de collaboration transmurales et transsectorielles, peuvent s'appuyer sur ces modèles, s'agissant de maladies et états chroniques handicapants sous forme de réseaux de santé.

III - RÉ-INGÉNIERIE DU SYSTÈME DE SOINS ET PERSPECTIVES POUR L'AVENIR DE LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

1 Vulnérabilité à la T2A

La simulation des tarifs dans certaines régions ou à l'initiative d'établissements montre que la mise en oeuvre de la T2A en SSR va mettre certaines structures en difficulté. Les tarifs moyens ont été calculés en comparant des prises en charge effectuées dans des plateaux techniques très hétérogènes quant aux profils des patients accueillis et aux niveaux de technicité sans indicateur de pertinence des admissions ni de performance quant au devenir des patients.

La banalisation des prises en charge lourdes pourrait en l'absence de correctifs pénaliser les patients à forte complexité bio-psycho-sociale par le tri effectué par les structures en fonction des risques d'un séjour prolongé. Les établissements pouvant facilement effectuer une

sélection de leurs patients, comportant une masse critique suffisante et/ou une diversification des lits de SSR pourront plus aisément s'adapter à la T2A.

Avec la disparition de la distinction entre structures de soins de suite et de rééducation fonctionnelle, la tarification risque de lisser les revenus des établissements SSR. Une tarification modulée, qui reflète le niveau de technicité de l'activité réalisée, est indispensable au maintien de ressources suffisantes aux activités plus coûteuses, particulièrement en MPR. Les prises en charge lourdes et/ou intensives supposent une discrimination préalable des exigences techniques pour y adapter le niveau de financement des plateaux techniques spécialisés. Les professionnels soulignent l'intérêt de promouvoir une construction optimale de l'offre territoriale en MPR, conjuguant polyvalence et spécialités de l'offre graduée en SSR.

2 Métiers et attractivité dans les EPS

a) En soins de courte durée

Dans les hôpitaux publics les masseurs-kinésithérapeutes sont le plus souvent regroupés en unités transversales prestataires. La gouvernance n'a guère modifié cette organisation source d'économies d'échelle pour les professions rares à l'hôpital, que l'unité soit rattachée administrativement à un pôle ou au conseil exécutif.

Mais la réponse aux besoins de soins est de plus en plus difficile :

- pénurie de personnel et insuffisance quantitative de l'intérim

→ Jean-Pascal Devailly, médecin MPR - Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute
Alain Doucet, chef kinésithérapeute - André Procacci, directeur de CRF

- inadaptation en précocité, intensité et expertise aux besoins de spécialisation liée à la technicisation de certaines activités (réanimation, ...)
- transition démographique avec des patients de plus en plus âgés et/ou dépendants dont les séjours en aigu sont souvent prolongés faute de fluidité en aval
- prise en charge des patients "sans droits" adressés en ambulatoire à l'hôpital public,
- salaires souvent très inférieurs au PSPH ou au privé mais avec des conditions de travail difficilement comparables.

b) En SSR

Avant la réforme les profils d'équipe comportaient en général, mais de façon variable selon les régions, d'une part en RRF la MPR la réadaptation cardiaque et pneumologique et en SSR non RRF des SSR polyvalents, gériatriques et spécialisés. Le re-découpage selon des logiques de filières de soins plus que de niveaux de plateaux techniques pourrait modifier assez profondément ces profils.

Ainsi, dans des unités autorisées en SSR neurologique, l'intérêt et la motivation des professionnels risquent de s'émousser face à la multiplication des séjours prolongés pour des patients souvent à faible marge de progrès, réduisant de ce fait l'attractivité de ces structures. Enfin l'effet de lissage des plateaux techniques lié à la tarification risque de réduire le caractère formateur et les possibilités d'acquisition d'expertise avec perte des synergies entre processus de soins, enseignement et recherche. Face à la pénurie actuelle de MK le risque est grand de substituer leur activité par d'autres codeurs PMSI en privilégiant une logique financière.

c) Cas des services centraux de rééducation des hôpitaux publics

Quand existe une unité d'hospitalisation SSR, en particulier de MPR dans un hôpital aigu, l'organisation adoptée pour la rééducation est souvent celle du "service central". Les difficultés sont le plus souvent liées à une forte pression de fluidité du court séjour sur les lits de SSR.

"L'accessibilité aux soins (le bon patient au bon endroit au bon moment) suppose l'équité d'accès aux soins, la fluidité des filières et la pertinence des orientations en fonction du niveau de spécialisation requis par la complexité des besoins du patient."

La sélection des patients selon le profil tarifaire par certains établissements risque de laisser au service public hospitalier les patients les plus lourds sous l'angle des pathologies, des soins techniques, du nursing, de la rééducation et de la complexité sociale.

Enfin, la nécessité de conserver un équilibre harmonieux entre les effectifs dédiés au court séjour et au SSR conduit souvent à un périlleux exercice de gestion alors que le tableau des emplois par service disparaît remplacé par la notion de masse salariale.

IV - LES CONDITIONS D'UNE NOUVELLE DYNAMIQUE PROFESSIONNELLE : ACCESSIBILITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ

1 L'accessibilité aux soins (le bon patient au bon endroit au bon moment) suppose l'équité d'accès aux soins, la fluidité des filières et la pertinence des orientations en fonction du niveau de spécialisation requis par la complexité des besoins du patient. Un nombre important de lits de rééducation sont encore, pour des raisons historiques éloignés des grands bassins de population. Le maintien de structures spécialisées de recours et de référence dans le champ de la restauration fonctionnelle est indispensable à un accès équitable et optimal aux soins. La spécialisation verticale et horizontale est liée à l'impossibilité de disposer de toutes les spécialités dans une même proximité.

Ces structures dédiées à la restauration fonctionnelle sont motivantes et formatrices pour les professionnels sous réserve :

- d'une juste quantification des besoins en professionnels et en équipements
- d'une revalorisation des rémunérations en particulier dans le secteur public
- d'une possible universitarisation pour peu que des réformes favorisent leur intégration à des projets de recherche
- du développement des compétences d'encadrement techniques et organisationnelles
- d'être lieu d'expérimentation du développement de délégations, transferts et nouveaux métiers.

2 Intégration : nouvelles méthodes, nouvelles structures, nouveaux rôles des masseurs-kinésithérapeutes
Équipes de liaison et réseaux : la complémentarité du sanitaire, social et médico-social

Différentes expériences de complémentarité et de réseau de réadaptation se développent en lien avec des structures de liaison pluriprofessionnelles, thématiques (AVC) ou génériques (Synergie métropole lilloise, Handicap Lourds Aquitaine HLA33). Il faut noter que 9 SROS préconisent des équipes mobiles pluriprofessionnelles d'évaluation et

orientation, médicales, paramédicales et sociales. Les professionnels de rééducation sont appelés à participer à ces équipes transversales et ces réseaux, à diverses actions de prévention et d'éducation thérapeutique, dans des rôles variés parmi lesquels émerge celui de "case manager".

Le disease management est une démarche qui soutient des programmes de soins fondés sur la coordination collective des acteurs autour de patients atteints de maladies chroniques, considérés comme acteurs de la gestion de leur propre maladie. Elle se décline sous forme de programmes de disease management : "Leur succès réside dans leur capacité à exercer quatre fonctions mal assumées dans le système de soins : l'éducation thérapeutique, la motivation des patients (coaching), la coordination des soins et le suivi de l'état de santé des malades chroniques. La qualité de la stratification des patients est essentielle, en s'appuyant parfois sur des modèles prédictifs."

Délégation, transferts, nouveaux métiers : les travaux et expérimentations en cours, dans le contexte actuel de crise du financement, de la démographie médicale et paramédicale laissent présager de futures délégations d'actes et transferts de compétence sans doute dans le cadre du développement d'expertises et de nouveaux métiers dont certains fondés sur des formations plus longues (master).

V - CONCLUSION

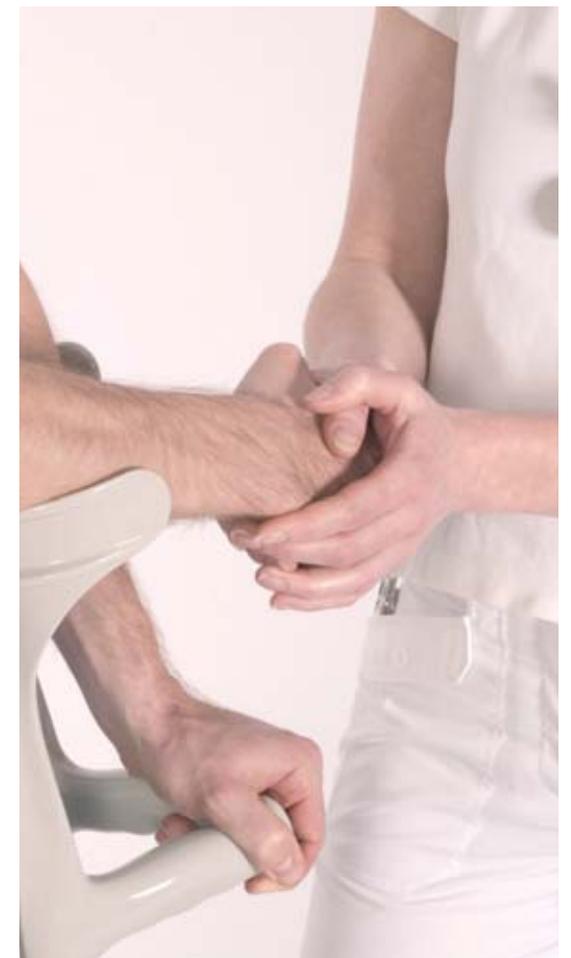
L'inadaptation du système de soins à la transition démographique suppose l'identification du champ de l'offre de soins en RF. Cette reconnaissance est un préalable indispensable à l'évaluation des besoins en terme de prévention et de prise en charge des maladies et états chroniques handicapants, que la restauration fonctionnelle soit brève et aboutissant à la restitutio ad integrum ou qu'elle développe de nouvelles fonctionnalités en cas de séquelles prolongées ou définitives, qu'elle relève d'une approche mono professionnelle ou au contraire d'unités cliniques intégrées associant des compétences multiples et des équipements lourds.

La restauration fonctionnelle doit ainsi être considérée comme une thématique transversale de "plateau technique" prioritaire au sens des SROS, reconnue au niveau national et déclinée dans tous les SROS.

Un partenariat renouvelé entre professionnels du champ de la RF dans le cadre d'une coordination collective et

déclouonnée entre acteurs du système socio-sanitaire, permettra une offre de soins à la mesure des enjeux sanitaires pour peu que les professionnels parviennent à favoriser l'émergence de la réponse à des besoins de soins oubliés car sans doute trop peu perçus et donc sous évalués dans notre système de soins :

- contribuer à une stratification fonctionnelle des patients et contraintes techniques qui président aux niveaux d'intervention pour affecter correctement les ressources
- et promouvoir, en lien avec les associations de patients et les tutelles, des dispositifs efficaces d'insertion et maintien de l'autonomie dans le cadre d'un système intégré de soins et de services.



→ L'attractivité en questions...



En juin 2007 la note de synthèse du concours de directeur des soins, filière de rééducation, avait pour thème l'attractivité d'un CHU pour les masseurs kinésithérapeutes et les stagiaires en formation initiale. Les rubriques "Offres d'emplois" des revues professionnelles, du site de la FHF (Fédération Hospitalière de France) et d'autres médias sont pleines d'annonces d'établissements de santé qui cherchent des masseurs-kinésithérapeutes. "La pénurie"⁽¹⁾ touche la plupart des hôpitaux, qu'ils soient connus ou non, quelque soit leur emplacement (les bords de mer ne sont plus épargnés), ou leur cœur de métier (les centres de rééducation sont également en difficulté). En contrepoint de ce constat il est remarquable que le nombre de professionnels formés et disponibles sur le marché du travail soit toujours plus important. Aujourd'hui il y a 62 600 kinésithérapeutes exerçant en France contre 44 000 en 1994 (+51%) et 55 800 en 2002 (+12%)⁽²⁾. De même le quota d'entrée dans les instituts de formation, après une baisse entre 1994 et 2000, est remonté à 1929 en 2007 contre 1314 en 2000 (+48%). Il y a donc aujourd'hui en France une contradiction entre le nombre de masseur-kinésithérapeutes pour cent mille habitants (égal à 102) qui, mis à part la Belgique, est l'un des plus importants d'Europe, et la difficulté à recruter dans les établissements de santé.

C'est le problème de l'attractivité et de la fidélisation des établissements de santé pour les masseurs-kinésithérapeutes qui est posé. Les raisons de ce constat sont multiples. Elles sont endogènes et exogènes et le niveau de rémunération n'explique pas tout. Les questions non résolues sont celles du statut et des salaires, mais également celles, et surtout celles, du sens au travail, de la responsabilisation des acteurs, du management et des inter-

actions avec le corps médical, des conditions de travail et des possibilités d'évolution professionnelles.

Les initiatives pour résoudre le problème posé sont nombreuses mais toujours locales et rarement concertées. Elles s'attachent à traiter une partie d'un diagnostic qui n'est pas toujours exhaustif. Elles ne sont pas suffisamment audacieuses.

"La pénurie touche la plupart des hôpitaux, qu'ils soient connus ou non, quelque soit leur emplacement, ou leur cœur de métier."

Pour toutes ces raisons le Collège National de la Kinésithérapie Salariée (CNKS) a décidé de mener un travail d'analyse de l'attractivité et de la fidélisation des établissements de santé et de proposer différentes recommandations. Ce projet qui mobilisera les différents acteurs institutionnels concernés par le sujet abordera l'ensemble des facettes de la question et ne s'interdira aucune proposition. La créativité sera de rigueur et les tabous n'auront pas de place dans un débat qui ne fera que débiter ce travail. Le CNKS vous donne dès à présent rendez-vous à la fin de l'été 2008 pour présenter les résultats de ses premières réflexions et recommandations. Dans l'attente de ce forum nous vous proposons d'adresser les différentes suggestions et propositions que vous génère ce sujet à cnks@wanadoo.fr

(1) La pénurie est le manque de ce qui est nécessaire (dictionnaire Robert). Ce manque est surtout une réalité hospitalière.
(2) Source : IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), mars 2008.

EUROPACT INTERIM MEDICAL
Recrute
Masseurs-Kinésithérapeutes
Pour missions sur **TOUTE LA FRANCE**

- Remplacements de courte et longue durée (1 semaine à plusieurs mois)
- Tous types d'établissements permettant de varier les expériences et les régions
- Logement assuré (si nécessaire)
Trajet pris en charge

Contactez-nous au 03 88 19 62 63
europactmedical@wanadoo.fr

LE CENTRE DE GERONTOLOGIE DE MARSEILLE
Etablissement public - 483 lits - 90 places
Recrute des Kinésithérapeutes

Postes à pourvoir immédiatement (par contrat ou mutation)
Projet de restructuration en cours
Adresser CV et lettre de motivation à la Direction des Ressources Humaines

1, rue Elzéard Rougier
13012 MARSEILLE
Tél. : 04 91 12 74 73 ou 04 91 12 74 57
Email : jsimon@cgd13.fr

L'Hôpital local d'Yvetot (76) recrute :
1 Masseur Kinésithérapeute

Au sein d'un établissement public de santé comprenant une unité de médecine de 15 lits, une unité de SSR de 11 lits, un EHPAD de 202 lits dont 1 unité de psychogériatrie, vous viendrez renforcer l'équipe actuelle de 2 masseurs kinésithérapeutes.

Envoyer une lettre de motivation et un curriculum vitae à
HOPITAL LOCAL ASSELIN HEDELIN
Madame la directrice
14, avenue Foch
76190 YVETOT

Tout renseignement peut être obtenu auprès de
Mme FONGOND, Directrice adjointe au 02 35 95 73 03

CREATION DE POSTE DE KINESITHEPEUTE
Le service de Médecine Physique et de réadaptation du Centre Bayard, appartenant au groupe CAPIO, **ouvrira ses portes le 30 juin 2008, à Lyon-Villeurbanne (département du Rhône, 69).**

Nous souhaitons recruter une équipe de kinésithérapeutes dynamiques (**temps plein ou temps partiel**) souhaitant s'investir dans la création d'un nouveau service et participer au développement d'un pôle d'excellence. Merci d'adresser CV et lettre de motivation, **en précisant vos prétentions salariales, à l'adresse suivante : scouveur@capio.fr**
Sophie COUVREUR, directeur du centre Bayard, CAPIO Santé, 113 boulevard Stalingrad 69628 VILLEURBANNE cedex.

EXERCICE SALARIE DU METIER DE KINESITHEPEUTE PENURIE ? ATTRACTIVITE ?

Tous les feux clignotent ou sont au rouge. L'exercice salarié de la Kinésithérapie est en difficulté. Comme dans la fin des années 1980 les kinésithérapeutes font défaut dans les établissements de santé. Pourquoi ? Vaste question dont la réponse n'est certainement pas univoque !

**Reconnaissance, salaires, conditions de travail,
coût des études, représentation, ignorance, négligence ?**

Le départ massif en retraite des prochaines années ne va pas arranger la situation. Les efforts de relèvement des quotas ne suffiront pas pour y pallier.

Le CNKS a décidé de mobiliser toutes les énergies, ressources et partenaires pour analyser cette désertification et proposer des solutions concertées aux tutelles. Le débat est ouvert ... vos idées sont les bienvenues : cnks@wanadoo.fr

Vous avez dit stress au travail...?!

→ Ludivine Galle, Doctorante en psychologie sociale appliquée

Université de Nice, LPEQ



Sujet de plus en plus en vogue ces dernières années, le stress lié au travail commence à faire couler beaucoup d'encre. Mais, qu'est-ce que le stress ? Une maladie, une émotion, une sensation, un produit marketing vendeur de gel douche, d'encens, de sédatifs ou encore vendeur de services par des consultants et autres coachs ?

Le stress n'est pas une nouveauté et a toujours existé. Chacun y est confronté à un moment ou à un autre de sa vie : lors d'un examen de santé important, d'un entretien annuel d'évaluation, du mariage des enfants, de difficultés financières etc.... Le stress est une réaction non spécifique de l'organisme face à un danger réel ou non. L'organisme active alors les systèmes nerveux, endocriniens et immunitaires pour se préparer à l'action. C'est la phase d'alarme décrite par Selye, H. (1936), s'ensuit une phase de résistance et une phase d'épuisement si l'agent stressant persiste et que l'individu n'a pu faire face. Le stress est donc un processus normal d'adaptation à une situation qui, lorsqu'elle

perdure, dérègle l'organisme entraînant selon la chronicité de l'activation, des pathologies physique et/ou psychique, comme de l'hypertension, des troubles gastro-intestinaux, des maladies cardiovasculaires, des dépressions... Le travail ne génère pas un stress particulier. L'activation est toujours la même. Mais la confrontation aux stressors est journalière, favorisant ainsi la chronicité de l'activation et donc le dérèglement de l'organisme. Pour résumer, un examen produit un stress aigu mais sur une courte période, alors que la situation de travail est la même tous les jours, épuisant les ressources de l'individu. La sphère du travail étant particulière, différents modèles théoriques ont été proposés ces vingt dernières années pour expliquer les variables en jeu dans le stress lié au travail : le modèle "Demande-Contrôle" de Karasek (1979) et le modèle du "déséquilibre : efforts/récompenses" de Siegrist (1996). D'autres études sont venues compléter ces deux modèles généraux, mettant en évidence d'autres variables comme l'ambiguïté et le conflit de rôle (Kahn et al.), par exemple. Le stress lié au travail survient donc lorsque des caractéristiques individuelles et/ou organisa-

tionnelles engendrent un sentiment chronique de manque de contrôle. Les conséquences ont un coût pour l'individu, son organisation et la société.

Définir et comprendre le stress lié au travail n'est qu'une première étape dans sa gestion. L'évaluer est celle qui permettra une prévention efficace et adaptée. Il faut donc, pour cela, un outil de diagnostic précis, complet et validé. Lors des JNKS 2007 les kinésithérapeutes présents ont été sollicités pour répondre à un questionnaire en cours de validation sur le stress lié au travail. Cette première version analyse différentes composantes organisationnelles du stress lié au travail et quelques conséquences. Il se compose de 123 items et de 9 dimensions (charge de travail, latitude décisionnelle, soutien social, récompenses, ambiguïté de rôle, conflit de rôle, ressources organisationnelles, satisfaction professionnelle et état de santé) qui se décomposent elles mêmes en sous-dimensions. Les items sont formulés à la première personne permettant ainsi au sujet de parfaitement s'identifier à la proposition et de la transposer à sa situation : "je fais trop de choses en même temps", "je peux compter sur mes collègues

pour m'aider". Pour répondre, les sujets devaient répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours), représentant la fréquence d'apparition des événements. Le questionnaire avait également été distribué à l'occasion du congrès annuel 2007 des manipulateurs radios à Nice. 450 questionnaires ont été remis et 174 personnes ont répondu à l'étude soit un retour de 37,77%. Lors des JNKS, 240 questionnaires ont été distribués et 90 ont été rendus, soit un retour de

37,5%. L'ensemble de l'étude se compose donc de 274 questionnaires. Même si le but premier de cette étude était la validation du questionnaire, quelques analyses ont pu être réalisées compte tenu des qualités psychométriques satisfaisantes de certaines dimensions (cohérence interne et analyse factorielle). Une matrice de corrélation a été générée avec les dimensions des stressors organisationnels. Toutes les variables (latitude décisionnelle, soutien social, récompenses, ambiguïté de rôle, conflit de rôle et ressources

organisationnelles) sont corrélées entre elles ($p < .05$), hormis la corrélation entre l'ambiguïté de rôle et la latitude décisionnelle ($r = .02$, n.s.). Ces dimensions sont également toutes corrélées ($p < .05$) avec l'état de santé psychique, alors que seuls, la satisfaction professionnelle et l'état de santé psychique sont corrélés avec l'état de santé physique. De plus, les réponses des kinésithérapeutes ont été comparées à celles des manipulateurs radios et des cadres (tableau ci-dessous).

Tableau : Comparaison des scores moyens.

		Score maxi	MK	Manips électro	Cadres
Charge mentale de travail		20	11,92	12,95	15
Latitude décisionnelle	Organisation du travail	15	11,11a	7,88	11,92a
	Vis-à-vis de l'organisation	20	7,55b	7,19b	11,47
Soutien social	Collègues	20	14,11c	14,94c	13,78
	Hiérarchie	20	14,25d	14,35d	16,02
Récompenses	Reconnaissance	15	10,75e	10,37e	11,60
	Salaire	15	6,56f	7,5g	6,93fg
Ambiguïté de rôle	Méthode et organisation	15	5,61h	5,72h	6,56
Ressources organisationnelles	Management	30	19,09	17,86	21,56
	Ressources matérielles	30	17,93	21,4i	21,01i
Satisfactions professionnelles		24	18,79jk	18,54j	19,42k
Etat de santé physique (score élevé=mauvais état de santé)		32	8,68lm	9,00m	8,17l

Deux lettres identiques signifient l'absence de différence significative entre les deux scores moyens.

Ces quelques résultats sont à l'heure actuelle trop partiels pour être réellement interprétables car le questionnaire n'est pas totalement validé, ni complet, les variables individuelles (stratégies de coping, identité professionnelle, engagement...) étant à intégrer. De plus, une norme interprofessionnelle est indispensable pour interpréter les scores. Par exemple, un score moyen pour la variable ressources matérielles de

17,93, est-ce un score élevé, normal ou faible ? Une norme permettrait d'interpréter les scores de groupe restreint et même d'individu.

Le stress au travail n'est pas une fatalité, il faut agir mais bien agir. Il faut commencer par identifier les stressors, pour permettre à l'individu de s'adapter à la situation, soit en modifiant son environnement de travail, si ce dernier est la cause du

dysfonctionnement, soit en formant l'individu si celui-ci est à l'origine du dérèglement. Il ne faut pas se limiter à traiter les symptômes. La gestion du stress doit avoir une méthodologie d'action gérée par un comité de pilotage (cadres, employés, CHSCT, médecin du travail...). Le bien-être au travail doit faire l'objet d'une véritable politique et d'une véritable volonté d'agir ensemble.

Bibliographie :

- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain : Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, 24 (2), 285-308.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. Nature, 138 (2).
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort/low reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1 (1), 27-41.

Agence Vitae Conseil

Cabinet de recrutement spécialisé dans la santé recrute pour ses clients : hôpitaux, cliniques, centres de rééducation, centres de thalassothérapie... Des masseurs kinésithérapeutes au niveau national en CDI temps plein.

Envoyez votre CV à : adeline.marie@agencevitaeconseil.com ou par fax : 01.70.95.95.18.

N'hésitez pas à contacter votre chargée de recrutement Adeline MARIE sur sa ligne directe au 01.70.95.95.44.

La Fondation Roguet, établissement public d'orientation gériatrique recrute :

**2 kinésithérapeutes
2 ergothérapeutes
et 1 psychomotricien(nes)**

pour renforcer son équipe de rééducation dans les secteurs soins de suite, longues durées et EHPAD. (poste temps plein ou temps partiel)

Informations au 01 41 40 47 25

candidature à adresser à Mme NAPOLEONI
Fondation Roguet 58 rue Georges Boisseau
92 110 CLICHY
claudenapoleoni@fondation-roguet.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 30 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 MARSOLIER RRH
Tél. 01 69 52 77 16
fax 01 69 52 77 09
xmarsolier@ass-hopital-cheminots.asso.fr

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

Le CHU de Nîmes (Gard)

1888 lits et places (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite, hébergement). Hôpital récent (2003) parmi les plus modernes d'Europe plateau technique de pointe (19 salles d'opération, bloc obstétrical, 2 accélérateurs de particules, 2 scanners, 1 IRM, 1 TEP Scan, 2 gamma caméras...) Entre Cévennes et plages de méditerranée

Recrute KINESITHERAPEUTES (DE)
Sur emplois pérennes (mise en stage) tous secteurs après période d'essai de 6 mois

Politique institutionnelle forte de formation professionnelle et d'accompagnement des projets individuels de carrières
Possibilité de logement à prix réduit (studios meublés 249 € par mois charges comprises) pendant la durée de la période d'essai.

Vous pouvez adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) :
Par courrier :
Monsieur le Directeur Général du CHU de Nîmes
Direction des Ressources Humaines
Groupe Hospitalo-universitaire Carêmeau
Place du Professeur Robert DEBRE
30029 NIMES CEDEX 9.

Pour tout renseignement, contactez par téléphone : DRH - Recrutement 04 66 68 30 34 ou 35

POUR VOS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, DRH ET RESPONSABLES D'ÉTABLISSEMENTS (HÔPITAUX PUBLICS ET PRIVÉS, CLINIQUES, CENTRES DE RÉÉDUCATION, ETC...)

POUR VOS OFFRES D'EMPLOI, CONTACTEZ

Cithéa 01 53 92 09 00

L'association APETREIMC recherche pour l'ouverture de son SESSAD à ST OUEN (93)
UN KINESITHERAPEUTE
(Temps complet ou temps partiel)

APETREIMC
Association pour l'Éducation Thérapeutique et la Réadaptation des Enfants Infirmes Motrice Cérébrale

Contacts avec les services hospitaliers et les lieux de scolarisation.
Possibilité de formation DU avec l'Institut de Motricité Cérébrale.
Convention 66 - 5 semaines de congés annuels + 18 jours de congés Trimestriels. Tel : Pascale Machelot : 01 45 54 29 99 pmachelot@apetreimc.org

E.P.S. ESQUIROL

L'Etablissement Public de Santé ESQUIROL (94, Saint-Maurice)
RECRUTE pour son Unité de Soins somatiques
1 MASSEUR KINESITHERAPEUTE H/F
Temps plein/temps partiel
Statut fonction publique hospitalière

Renseignements :
Dr DEGAGH, Chef de service au 01 43 96 60 20

Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation et CV) à :
EPS Esquirol / DRH - 57, rue du Maréchal Leclerc
94413 Saint-Maurice Cedex
email : drhp@hopital-esquirol.fr

Le Centre Hospitalier d'Agen

composé de 3 sites, recrute pour son service de kinésithérapie rééducation fonctionnelle un(e) masseur-kinésithérapeute D.E. à temps plein.

contact :
Monsieur Alexandre GRILH - CDSMK
Tél. : 05 53 69 73 08
Mail. : grilhaf@ch-agen.fr

CENTRE HOSPITALIER
AGEN

Clyress - CRF Val Rosay Etablissement de l'UGECAM Rhône-Alpes

Recrute : H/F Masseur Kinésithérapeute D.E.

En CDI dans le cadre de l'ouverture d'une Unité de Neurologie/Orthopédie Poste à pourvoir immédiatement
Personne handicapée acceptée

Madame la Directrice - CLYRESS - LE VAL ROSAY
133 Rte de St Cyr - 69370 ST DIDIER AU MT D'OR
Tél : 04 72 53 20 41

CHU CAEN

Le Centre Hospitalier Universitaire de Caen recrute des **Masseurs Kinésithérapeutes** à temps plein, activités polyvalentes.

Pour tous renseignements complémentaires contacter **Mr LEVALLOIS, Cadre Supérieur de Santé au 02 31 06 47 25**

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae et de la photocopie du diplôme d'état de Masseur Kinésithérapeute sont à adresser à par voie postale uniquement à :

M. le Directeur des Affaires Médicales et des Ressources Humaines
Centre Hospitalier Universitaire
Avenue de la Cote de Nacre
14033 CAEN-Cedex

LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL de MEULAN - LES MUREAUX

RECRUTE

CADRE DE SANTE
MASSEUR KINESITHERAPEUTE

TEMPS PLEIN

Situé dans un cadre privilégié et verdoyant des bords de Seine de l'ouest parisien, sur la route de la Normandie...

Membre de droit du Pôle Soins de Suite, Réadaptation et Rééducation Fonctionnelle.

Il sera en charge de la gestion de l'équipe pluridisciplinaire et du plateau technique de rééducation et de réadaptation.

Il encadrera l'équipe transversale de kinésithérapeutes du Centre Hospitalier.

Il participera à la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet de soins.

Il participera à la réalisation du projet architectural de 165 lits et places de SRR - RF sur le site de Bâcheville.

Les candidatures accompagnées du Curriculum Vitae sont à adresser à :
Monsieur SCOTTE, Coordonnateur des Soins - 1, rue du Fort - 78250 MEULAN
Pour tous renseignements, nous nous tenons à votre disposition :
Madame FOUCON : 01 30 91 86 44 - 06 70 26 61 65

Oui à vos ambitions professionnelles !

Vous recherchez des missions d'intérim, un poste fixe en CDD ou CDI? Vous souhaitez changer d'emploi ou de région? L'Appel Médical répond à vos attentes professionnelles partout en France. Fort d'une expérience réussie ou jeune diplômé(e) et disponible pour construire votre carrière, **contactez-nous dès aujourd'hui.**

L'appel medical
Intérim et recrutement paramédical

En savoir plus sur appel-medical.com ou **0 800 240 533**



Kinéscope ouvre cette nouvelle rubrique souhaitant répondre aux nombreuses questions que se posent ses lecteurs sur des sujets - voire des problèmes - de responsabilité civile professionnelle, et de protection juridique qui sont plus fréquents que l'on ne croit... quand on est salarié d'un établissement de santé public ou privé.

UN SOIGNANT PEUT-IL RECEVOIR UN DON D'UN PATIENT OU CONTRACTER AVEC LUI ?

L'avis médical est souvent requis lors des contestations de testaments pour savoir si, au jour de la rédaction du testament, le patient avait toute la conscience nécessaire. Il s'agit d'une question bien délicate chez certains patients ayant un état de santé très variable d'un jour à l'autre, surtout si le testament a été rédigé plusieurs années avant que la question ne soit posée.

Mais ici nous nous interrogeons sur une situation toute différente : c'est celle où le patient souhaite exprimer

sa reconnaissance à l'égard des personnes l'ayant soigné par un don, de son vivant ou par voie testamentaire. En raison des abus d'influence que pourraient commettre les soignants, surtout chez des patients présentant un état de faiblesse physique ou psychique, c'est le principe de l'interdiction qui a été retenu mais limité aux situations où la qualité de soignant pourrait être utilisée frauduleusement.

LES TEXTES FIXANT L'INTERDICTION :

Le principal et le plus général est l'article 909 du code civil figurant dans le chapitre sur la capacité de disposer ou de recevoir par donation entre vifs ou par testament et qui prévoit :

"Les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci.

Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les personnes morales au nom desquelles ils exer-

cent leurs fonctions ne peuvent pareillement profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires que les personnes dont ils assurent la protection auraient faites en leur faveur quelle que soit la date de la libéralité.

Sont exceptées :

1/ Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;

2/ Les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.

Les mêmes règles seront observées à l'égard du ministre du culte".

La jurisprudence a par ailleurs fait usage de l'article 1975 du code civil qui prévoit que le contrat de rente viagère (appelé viager) ne produit aucun effet si la rente a été créée sur la tête d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les 20 jours suivant la date du contrat. Dans les décisions publiées, il apparaît que le plus important aux yeux des magistrats est la connais-

sance ou non par l'acquéreur de l'imminence du décès, même si le délai de 20 jours est dépassé, même si le créancier est décédé d'une autre maladie que celle dont il était atteint le jour de la signature de l'acte. Les soignants, a fortiori médecin, disposent d'informations supprimant l'aléa lié à l'espérance de vie du créancier et ne peuvent donc pas dans ces conditions envisager de conclure un contrat de rente viagère avec des patients.

Une disposition particulière concerne les établissements d'hébergement. Il s'agit de l'article L. 331-4 du code de l'action sociale et des familles qui dispose que "les personnes physiques propriétaires, administrateurs ou employés des établissements [établissements hébergeant, à titre gratuit ou onéreux, des mineurs, des personnes âgées, des personnes handicapées ou inadaptées ou en détresse] ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes hébergées dans le ou les établissements qu'elles exploitent ou dans lesquels elles sont employées que dans les conditions fixées à l'article 909 du code civil". Ici, il n'y a pas de condition de délai entre le décès et la donation ni d'exigence que la personne soit décédée de la maladie ayant provoqué son hébergement.

Sur le plan pénal, nous pouvons envisager, entre autre, l'application de l'article 223-15-2 du code pénal qui réprime l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse. Il dispose : "Est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une

personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente et connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui soit gravement préjudiciables".

Le caractère très général de la rédaction du texte de cette infraction rend tout à fait possible la répression dirigée contre un soignant ayant fait usage de l'influence dont il disposait sur un malade pour bénéficier d'un don.

LES PRINCIPES À RETENIR.

Il s'agit d'une interdiction portant sur les soignants et non sur les patients. En conséquence la donation faite par un malade n'est pas nulle ipso facto, le bénéficiaire n'en étant pas toujours informé et le patient étant libre de disposer de son patrimoine, dans la limite des règles successorales, et notamment du respect de la quotité disponible. Mais la donation ne pourra produire effet puisque la qualité de soignant du patient empêche de recevoir l'objet du don. La présomption de suggestion et de captation est irréfragable, ce qui signifie qu'il n'est pas possible d'apporter la preuve de l'absence d'influence sur la décision du donateur. Tous les soignants sont concernés par cette interdiction ainsi que les gérants et salariés des établissements d'hébergement, notamment des EHPAD. Quand plu-

sieurs professionnels sont intervenus pendant la maladie, les magistrats apprécient selon le rôle de chacun sur qui pèse l'interdiction. Ils doivent également exercer leur pouvoir d'appréciation à propos de la qualification de soins de l'aide apportée à une personne malade, notamment en raison des liens d'affection existant entre elle et le bénéficiaire du don.

Alors que pour les soignants l'interdiction ne porte qu'à l'encontre des personnes intervenues pendant la dernière maladie, elle est générale pour les dirigeants et salariés des établissements, même si, par exemple, la personne a été transférée et est décédée d'une pathologie dont elle n'était pas atteinte dans le premier établissement. Mais il ne s'agit que des établissements désignés dans l'article L. 331-4 du code de l'action sociale et des familles ; les établissements hospitaliers ne sont pas concernés. Ainsi la Cour de Cassation a pu considérer que l'interdiction ne s'appliquait pas à une aide-soignante employée par un hôpital général.

Les exceptions doivent être appréciées de manière restrictive. Les dispositions à titre particulier correspondant à la rémunération des services rendus doivent être strictement proportionnées à ce service et ne pas constituer une donation déguisée. Elles ne peuvent être faites que par des personnes disposant de toutes leurs capacités. Afin de ne pas entraver la liberté testamentaire, les dons à un parent soignant jusqu'au 4e degré inclus sont possibles, sauf si le défunt avait un héritier en ligne directe à moins que le soignant ne soit lui-même héritier en ligne directe.

→ Le rapport de cas, primum movens de la recherche.

Dans un monde de la santé qui nous demande des preuves (evidence-based physiotherapy) il est important de revisiter le rôle du **rapport de cas** (Case Report, en abrégé CR). Dans la culture d'une médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine), l'essai contrôlé randomisé (Randomized Controlled Trial, en abrégé RCT) est généralement considéré comme le summum de l'excellence en termes de niveau de preuve dans la hiérarchie des méthodes quantitatives. Lorsque la démarche diagnostique et l'intervention peuvent être clairement décrites, et un groupe homogène de patients identifié, il est possible d'évaluer les méthodes de traitements.

Les rapports de cas se situent à l'autre extrémité du spectre et sont essentiellement de nature qualitative. La plupart des rapports de cas concerne un patient ou un groupe de patients bien réels, décrivant l'intervention kinésithérapique réalisée : **rapport de cas clinique**.

Mais les rapports de cas peuvent aussi se focaliser sur des institutions, des équipements, des programmes d'enseignement, des sites cliniques, ou d'autres entités définissables. Les questions posées peuvent alors inclure la gestion des patients, un dilemme éthique, l'utilisation d'équipements ou d'appareils, ou des stratégies administratives.

Les rapports de cas sont aussi performants pour collecter des informations qualitatives nouvelles ... que pour faire émerger de nouvelles problématiques, de nouvelles solutions ou de nouvelles idées : la hiérarchie évoquée ci-dessus peut ainsi être bouleversée.

Au début du développement scientifique de la médecine, la description jouait toujours le rôle principal. C'est clairement démontré par les nombreuses maladies qui portent le nom de la première personne à en avoir fait une description cohérente, par exemple Parkinson.

Les rapports de cas peuvent aussi avoir un rôle important de catalyseur dans le développement scientifique en cours de la profession de kinésithérapie en France.

O à la différence du rapport de cas de la littérature médicale, qui décrit souvent un désordre clinique ou un phénomène rare, le rapport de cas de la littérature kinésithérapique a tendance à se centrer sur le traitement du patient, utilisant des mesures fiables et standardisées pour documenter les changements qui surviennent au fil du temps, à partir de l'évaluation initiale.

Toutes les interventions de kinésithérapie devraient avoir des objectifs mesurables et centrés sur le patient, et inclure l'évaluation systématique de ces résultats attendus. Ainsi, un rapport de cas bien construit fournit une occasion parfaite pour les cliniciens de combiner leur connaissance de la meilleure preuve de recherche disponible avec leur expertise propre et les valeurs personnelles du patient.

Les rapports de cas ont beaucoup d'atouts.

D'abord, ils fournissent des descriptions claires des personnes qui viennent nous consulter, avec ou sans prescription médicale, et leur réponse à la kinésithérapie proposée. Les rapports donnent aussi des descriptions claires des procédures d'examen et des contenus des interventions de kinésithérapie. Cela doit nous aider à catégoriser les patients quant à leurs besoins en kinésithérapie et leur réponse probable aux différents traitements.

Le rôle de description est aussi important pour identifier les effets secondaires inhabituels ou indésirables en réponse à la kinésithérapie, par exemple les douleurs intenses induites par des manipulations ou les risques liés à l'utilisation de l'électrothérapie. Ces observations doivent être le point de départ d'études statistiques approfondies.

En termes d'enseignement clinique, en formation initiale ou tout au long de la vie professionnelle, rien n'est plus

attractif que la description de patients réels. La lecture et l'étude de ces cas cliniques peuvent aider l'apprenant à identifier "la pensée" du kinésithérapeute, son raisonnement clinique dans la recherche de solutions aux problèmes des patients, au regard de la société.

Il y a, bien sûr, des implications morales en décrivant des patients réels et il est essentiel que le consentement soit obtenu des patients eux-mêmes ou de parents si les patients sont mineurs ou incapables de donner ce consentement. Le respect de l'anonymat est essentiel.

Kinéscope encourage chaque kinésithérapeute à écrire un rapport de cas et à le soumettre à une revue professionnelle appropriée pour publication.

Lorsque vous écrivez votre rapport de cas clinique de kinésithérapie, ou votre mémoire qui clôture votre formation initiale, souvenez-vous d'inclure les composants suivants. Cette check-list peut être imprimée de façon à cocher chaque item avant de soumettre votre rapport de cas au comité de lecture de la revue.

○ **Le titre**, centré sur le patient et la kinésithérapie, est en adéquation avec le contenu et évoque la problématique retenue

○ **Le résumé** et **les mots-clés** doivent suffire à comprendre le travail réalisé

○ **L'introduction**

- explique **l'importance du sujet**, l'importance de la kinésithérapie dans ce contexte, à partir de références crédibles (sources primaires, autant que possible).
- présente les grandes lignes de **l'intervention kinésithérapique réalisée**, à partir de **références crédibles** qui la justifient de façon convaincante pour le lecteur (la kinésithérapie proposée comprend ...).
- cite **les tests et mesures** employés pour évaluer les résultats de l'intervention, à partir de **références crédibles** qui justifient leur utilisation d'une façon convaincante (les examens, tests et mesures utilisés sont ...).
- expose une **problématique** (exemple 1 = la coopération interprofessionnelle autour de l'enfant infirme moteur cérébral ; exemple 2 = la mobilisation passive

continue après pose de prothèse totale de genou ; exemple 3 = le drainage lymphatique manuel comme soin palliatif en fin de vie)

• mène clairement et logiquement à l'exposé du but poursuivi dans l'article : décrire le cas clinique rencontré, suivant le modèle "case report", et répondre à la problématique exposée.

○ **La description du cas clinique**

Présentation du patient : histoire et observation clinique.

- peut expliquer comment ce patient a été choisi pour le rapport de cas.
- confirme l'obtention par écrit du consentement éclairé du patient.
- inclut les diagnostics médicaux appropriés et les consignes médicales éventuelles.
- rapporte l'histoire appropriée du patient (investigations, traitements), y compris les caractéristiques démographiques et les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux pertinents.
- décrit le recours antérieur à la kinésithérapie, lié à l'histoire actuelle.
- explique les co-morbidités qui peuvent affecter le pronostic, les résultats prévus, et le plan de l'intervention kinésithérapique.
- décrit les résultats attendus par le patient (ou sa famille) et son projet.

Examen, évaluation, diagnostic et pronostic kinésithérapiques (processus diagnostique).

Examen

- explique les procédures d'examen d'une façon tellement claire et complète qu'un autre kinésithérapeute pourrait les reproduire : observation clinique, tests et mesures.
- explique clairement le raisonnement pour l'utilisation de chaque test ou mesure.
- renseigne sur la fiabilité et la validité des mesures utilisées ; par exemple, cite les études publiées de fiabilité, fournit les résultats de sa propre étude de mini-fiabilité, ou donne un argumentaire supposé.

Évaluation

- explique clairement les données d'examen, en fait le

au cœur de la recherche (suite)

Jacques Bergeau, Cadre de Santé Kinésithérapeute

bilan : quel est le problème principal ? quelles sont ses causes possibles ? quelles solutions peuvent être envisagées ?

Diagnostic :

- précise le champ de la kinésithérapie concerné (par exemple : musculo-squelettique), la kinésiopathie retenue et la décision d'intervention,
- montre les liens entre structures/fonctions, activité et participation (CIF).

Pronostic et objectifs :

- expose le niveau fonctionnel optimal à atteindre et les délais prévus ; contrat d'objectifs, à court, moyen et long terme (résultats attendus et timing prévu).

Intervention kinésithérapique :

- explique clairement le processus de prise de décision, qui conduit de l'examen au choix et à la planification de l'intervention : raisonnement clinique suivi et hiérarchisation des activités,
- expose les actions de coordination, communication et documentation effectuées,
- expose les précautions prises, les actions de prévention et d'éducation,
- décrit les différentes procédures d'intervention, d'une façon tellement claire et complète qu'un autre kinésithérapeute pourrait la reproduire : exercices thérapeutiques ; entraînement fonctionnel, prescription d'exercices et de dispositifs médicaux, thérapie manuelle, utilisation d'agents physiques ou thérapie instrumentale...
- décrit les réactions du patient au traitement et explique clairement les changements de traitement, c'est à dire ce qui s'est produit et à quel moment cela s'est produit,
- expose clairement la chronologie et le nombre de séances : par exemple séances programmées, séances manquées, observance réelle des programmes d'exercices à domicile.

o La partie **résultats** ou bilan de l'intervention (réévaluation finale) :

- définit, du point de vue opérationnel, les procédures employées pour mesurer les résultats obtenus,
- compare les résultats mesurés au statut initial du patient,
- inclut la progression réalisée vers les résultats attendus par le patient,

- précise si les délais prévus ont été respectés.

o **La discussion**, étayée par des références crédibles :

- amène des éléments contradictoires au sujet de la problématique proposée,
- compare ce qui s'est produit à ce que d'autres ont rapporté dans la littérature, aussi bien pour l'examen que pour l'intervention,
- tente de fournir une explication ou une interprétation des résultats,
- discute des implications cliniques des résultats en termes de réadaptation et de participation à la vie en société pour cette personne (utilité sociale de la kinésithérapie),
- évoque les limites de l'étude,
- évite de suggérer que l'intervention serait la cause des résultats : les rapports de cas ne peuvent pas montrer une relation de cause à effet,
- évite également de généraliser le cas à d'autres patients.

o **Conclusion**

- répond clairement à la problématique,
- fait des suggestions pertinentes pour de futures recherches.

o **Références** : de fort niveau de preuve (score PEDro)

o **Annexes** éventuelles

o **Figures et tableaux**, nécessaires et suffisants à la compréhension

Références :

Harris SR (2004). *Making a case for case reports*. Physiother Can 56:183-185.
Partridge CJ (2000). *Case reports in physiotherapy*. Physiother Res Int 5 : 1



imoove®

BIENVENUE DANS L'ÈRE DU FITNESS THÉRAPEUTIQUE AU CŒUR DU MOUVEMENT VERTÉBRAL ORIGINEL

UTILISATEUR AUTONOME GUIDÉ
PAR L'ÉCRAN TACTILE INTERACTIF

45 PROGRAMMES
DE 20 MN PRÉDÉFINIS
AVEC 225 EXERCICES

SOLLICITATION DES MEMBRES
SUPÉRIEURS SELON LA LOI
DE HOOKE

RECRUTEMENT SPIRALÉ
DES CHAINES MUSCULAIRES
ET ARTICULAIRES

MOUVEMENT ELLIPSOÏDE EXCLUSIF
DANS LES 3 DIMENSIONS

CAPTEURS PLANTAIRES
POUR UN FEEDBACK INSTANTANÉ

Vous êtes le spécialiste reconnu du corps en mouvement. Votre profession comme l'ensemble de la médecine évolue en fonction des avancées de la recherche et des nouvelles technologies. Avec Imoove, vous bénéficiez aujourd'hui d'un outil **simple d'utilisation, performant et unique** qui place vos patients dans des **situations fonctionnelles spécifiques afin de développer équilibre, souplesse, gainage, force et coordination**. Imoove ouvre de nouveaux champs d'applications synonymes de nouvelle clientèle dans les domaines de la **prévention, de la remise en forme, de la performance sportive, du bien-être et de la rééducation**.

RENSEIGNEMENTS : 04 75 25 00 55 | imoove-fr.com

alicare
INNOVATIONS



Votre
mensuel
hospitalier



Vivant



Passionnant



Varié

Il ressemble à votre vie, le premier magazine gratuit
dédié au personnel hospitalier.

À l'hôpital, vous faites un métier formidable, mais surtout, vous faites formidablement votre métier. A vos côtés au quotidien, la MACSF est bien placée pour le savoir. « La Pause », magazine gratuit totalement dédié aux personnels des établissements hospitaliers publics et privés, vous propose de découvrir et partager les témoignages et les expériences de vos collègues partout en France. Informations, expériences vécues mais aussi divertissement, notre magazine est le vôtre.

Chaque numéro est disponible en relais H la 3^e semaine de chaque mois ou par commande : Rédaction de La Pause des Hospitaliers - MACSF - 10, cours du Triangle de l'Arche - TSA 40 100 - 92919 La Défense Cedex.

Pour contacter la Mutuelle d'Assurances des Professionnels de la Santé :

www.laparoleauxhospitaliers.macsf.fr



* 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.

