

Evolution de la kinésithérapie :

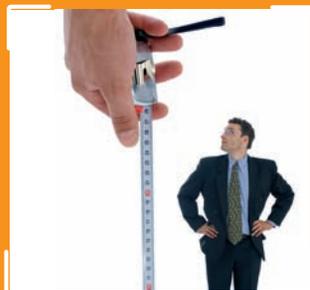
quel juste équilibre ? P08

→ P10 Connaissance de la kinésithérapie hospitalière

→ P14 L'éducation thérapeutique

→ P17 La gestion des compétences

Mars-Avril 2009
n°14





Avec le RES* de la MACSF, on peut être
**professionnel de la santé
 et pro de l'épargne.**

Pour la 21^{ème} année consécutive,

le contrat RES Euros de la MACSF est récompensé pour sa performance par l'ensemble de la presse financière.



Normal, avec un taux de rendement de 4,65%** net, il ne pouvait qu'attirer l'attention sur lui.

www.macsf.fr
 3233*** au 01 71 14 32 33

*Contrat d'assurance vie souscrit par AMAP
 **Taux net de frais de gestion de 0,5% et bruts de prélèvements sociaux, pour un actif de 11,2 milliards d'euros, soit un taux de 4,14% net de prélèvements sociaux. Cet actif représente 88% du total des fonds Euros gérés par MACSF épargne retraite.
 ***Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.



M.A.C.S.F.
 Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Épargne Financement

MACSF Epargne Retraite - Société Anonyme au capital de 58 737 408 euros - Entreprise régie par le Code des Assurances - 403 071 095
 RCS Nanterre - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arcier - FSA 40100 - 92399 La Défense Cedex - Crédit photos : Corbis - ©2009

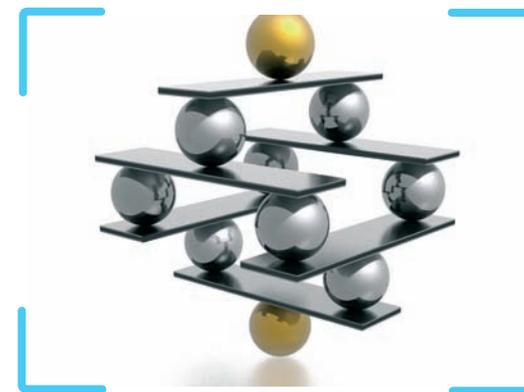
Kaleïdoscope :
 EPP, États généraux et mission cadres P05

Macroscopie :
 Parcours patients & pratiques innovantes P06
 Evaluation & recherche P08

au cœur du métier
 Connaissance & reconnaissance
 de la kinésithérapie hospitalière P10

Praticoscope
 L'éducation thérapeutique P14

au cœur des organisations :
 La gestion des compétences
 un exemple en rééducation P17



Direction de la publication
 Yves Cottret
Rédacteurs en chef
 Brigitte Plages, Jacques Bergeau



Direction de la collection
 Yves Cottret
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
 Impression
 Tanghe printing
 Dépôt légal :
 2^e trimestre 2009
 ISSN : 1956-7596
 La rédaction décline toute responsabilité
 pour les documents qui lui ont été remis.

La tendance la plus profonde de toute activité humaine est la marche vers l'équilibre.
Jean Piaget. Extrait de Six études de psychologie



Loi HSPT, dispositif d'EPP, états généraux des kinésithérapeutes, réforme LMD et réingénierie du DE, modifications des stages et épreuves du DE, ... sont autant de fronts sur lesquels les représentants professionnels sont sollicités, alertés, investis, ... initiés.

Nouvelles attentes sociétales, organisations des soins, pratiques ... à l'évidence le monde de la santé est en (r)évolution profonde. Tout changement crée de la résistance du fait du confort de la situation acquise ou de la peur de l'inconnu (car peu anticipé, peu accompagné) et les réactions aux divers projets ont tendance à se radicaliser... dans les extrêmes ; souvent par ignorance... toujours par méconnaissance ... parfois par dogme ! Et "mal savoir ne vaut pas mieux que tout ignorer"⁽¹⁾. L'intention, louable au demeurant, de (r)enseigner le peuple - kinésithérapique en l'occurrence - n'autorise pas à vouloir l'évangéliser en mélangeant tout et en (ab)usant de postures de juge et partie au nom de l'habit fut-il académique. Sans compter que "ce que sont, ou représentent, certains, parle si fort que l'on n'entend plus ce qu'ils disent".

A travers ce numéro nous souhaitons livrer, à l'esprit critique de chacun, des éléments de réflexion sur :

- les pratiques innovantes et leurs territoires avec pour exemple l'éducation thérapeutique,
- le discernement qu'il y a lieu d'opérer entre évaluation et recherche,
- les facteurs de reconnaissance professionnelle,
- la gestion des compétences et le nécessaire partage des compétences entre professionnels de santé ... sans nuisance à la spécificité professionnelle ... pour peu que l'on ait bien compris ce que recouvre le concept de compétence.

Pour un accompagnement constructif de l'évolution de la kinésithérapie il y a forcément - entre immobilisme béat et agitation fébrile - un **juste équilibre** à rechercher !

Seules une anticipation de la commande sociale et une mutation professionnelle adéquate à un environnement changeant, autoriseront la pérennisation de notre profession et de ses métiers. Les débats des JNKS 2009 avec leurs sujets sensibles sur le massage, sur les aides, ... ont montré la justesse et l'urgence d'une démarche prospective - débarrassée de la gonflette corporatiste - voire d'une révolution copernicienne de la profession.

Yves Cottret
 Président du CNKS

(1) Gustave Thibon in "l'équilibre et l'harmonie"

AVEC LA MNH, VOUS ÊTES SOLIDAIRE. LE SAVIEZ-VOUS ?



**Avec le soutien de nos 661 000 adhérents,
nous aidons de nombreuses familles en difficulté,
en gérant un fonds d'action sociale.**

Ce fonds permet le versement d'allocations* aux 12 000 adhérents handicapés. 12 300 aides* sont également accordées aux hospitaliers mutualistes qui doivent faire face à des dépenses de santé importantes notamment en optique ou dentaire, ou qui rencontrent de grandes difficultés financières dans leur vie quotidienne.

Grâce à ce fonds, la MNH contribue aussi à l'emploi d'aides ménagères pour les retraités, alloue des bourses d'études aux orphelins et soutient les familles sinistrées lors des catastrophes naturelles.

Adhérer à la MNH, c'est devenir participant d'un groupement mutualiste dont la solidarité active profite à tous !

* sous conditions de ressources

Pour en savoir plus, contactez votre correspondant MNH, appelez-nous au  09 69 32 45 00 ou consultez www.mnh.fr

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

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



Kaleïdoscope

EPP, États généraux et mission cadres

→ Laurence Josse, Secrétaire générale

⇒ L'EPP... parle-t-on de la même chose ? Hormis le fait que c'est une des missions des conseils régionaux de l'Ordre... des questions demeurent !

Les EPP en secteur hospitalier, en secteur libéral ? transversales communes aux deux modes d'exercice ? Pourquoi avoir abandonné le projet de tiers opérateur neutre ? Garanties d'indépendance, de non collusion d'intérêts, de non confusion entre évaluation et recherche (cf article page 8 dans ce n° de Kinéscope) dans la mise en place du dispositif prévu par la signature d'une convention entre l'HAS et le CNOMK ? En application de cette convention, visant entre autre la formation de 20 "facilitateurs" régionaux, a été réuni le 9 avril dernier un "groupe contact national" constitué de représentants professionnels (salariés et libéraux), de la formation initiale et continue, des étudiants, de l'Ordre et de l'HAS. A ce stade tous semblent s'être entendus :

- sur le fait que l'EPP doit être formative, partie intégrante de l'activité conférant ainsi à la démarche qualité et avant tout à "l'auto" amélioration des pratiques
- sur le fait que l'accompagnement de la démarche par les organisations professionnelles - sur la base d'une communication univoque - était aussi une des clefs de la réussite attendue.

⇒ "Etats généraux des masseurs-kinésithérapeutes" (janvier 2010) et "convention projet/ pacte pour la kinésithérapie" (printemps 2010)

Le bulletin n° 8 d'avril 2009 du CNOMK annonce la mise en place de ces événements. " Les enjeux de ces états généraux seront ceux des professionnels bien sûr, mais au-delà également ceux de notre société : autres professionnels, responsables publics et citoyens pour lesquels la notion de patients/usagers/clients s'interconnecte". Cette démarche, accompagnée par un consultant, portera sur quatre thématiques : valeurs, attractivité, missions et coopérations, formation professionnelle et recherche. Le CNKS se félicite de ce projet de confrontations et des thématiques retenues qui réfèrent au sujet de l'utilité sociale de la profession ; thématiques qu'il n'a de cesse de faire émerger et de travailler. Sa contribution à ces états généraux sera précisée à l'aune du cahier des charges que doit établir le CNOMK. D'ores et déjà le CNKS affirme, préalablement à son engagement, que la méthodologie ne doit pas conduire et entraîner les organisations participantes dans la recherche d'un grand compromis hégémonique et prétendument applicable à tous au fait d'une majorité mais plutôt conduire à l'expression et à la reproduction, sans censure ni escamotage, des différents points de vue puis à la recherche d'un consensus - fut-il minimal - sur l'essentiel d'une "identité professionnelle opposable".

⇒ Mission sur le rôle, la place et la formation des cadres

Elle a été lancée à l'occasion d'un déplacement de la ministre de la santé Roselyne Bachelot le 3 avril à Amiens qui a déclaré : "Au carrefour du soin, de la technique et de l'administratif, vous faites le lien entre les familles, les personnels et la direction." C'est vous qui portez le changement, vous qui donnez à vos équipes l'envie de vous suivre... .Pourtant, j'en suis consciente, ce rôle et cette place, au coeur de notre système de soins, ne sont pas suffisamment connus et mis en valeur.... C'est la raison pour laquelle j'ai confié à Chantal de Singly, une mission qui sera exclusivement consacrée à votre rôle, à votre formation, à vos missions et à leur valorisation. Elle aura pour rôle de mieux faire connaître et de valoriser votre activité concrète et ses résultats....Il lui faudra également proposer des pistes d'action pour le recrutement, la formation et l'enrichissement de vos parcours.Il faudra ainsi envisager une nouvelle formation, à la fois très professionnelle et académique....la mission devra également proposer des solutions pour une reconnaissance pleine et entière de l'implication des cadres au sein de l'hôpital. Le CNKS et l'UIPARM énonceront leurs réflexions et propositions au cours d'une rencontre début juillet.

Retrouvez tous ces sujets sur : www.cnks.org

Dernière minute

Epreuves du DE de MK et stages ont été modifiés par :

- le Décret n° 2009-494 du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute paru au Journal Officiel de la République Française n°0102 du 2 mai 2009 page 7432
- l'Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute paru Journal Officiel de République Française n°0102 du 2 mai 2009 page 7432

Parcours patients & pratiques innovantes : l'indispensable re-définition des territoires

→ Jacques Bergeau, directeur d'IFMK & Laurence Josse, cadre supérieur kinésithérapeute

L'hôpital, s'il se défend d'être une entreprise comme les autres, est envisagé comme un **espace de production de soins**^{1,2}. Et le kinésithérapeute exerçant à l'hôpital participe à cette production de soins.

Au sens économique, la production est une activité qui apporte de la valeur ajoutée par création de biens et de services, et en même temps création de valeurs. Quels sont les «biens, services et valeurs» de la kinésithérapie, de la réadaptation ? La production désigne aussi bien l'action de produire que le résultat de cette action.

L'organisation de la production doit définir les **espaces** où sont concentrés les moyens de production et les ressources humaines.

Au sens sociologique, la production est une activité de création, de rencontre, d'échange et de partage de nombreux éléments comme le temps, **l'espace**, les biens, les idées, les émotions, ...

Au sens philosophique, la production est une activité de création de valeur.

Cette production de soins et cette création dans le soin s'inscrit dans le temps – elle est en rapport avec le «sens de l'histoire» ou non – et dans l'espace – elle occupe les **«territoires»** ou non.

Les activités de kinésithérapie s'adressent aux personnes mais aussi aux populations. Si le kinési-

thérapeute conçoit bien le service rendu à la personne, comment peut-il investir le **champ de la santé publique** ? Comment envisage-t-il le service rendu à la population ?

Par exemple, en participant à un programme de préservation de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, ou à la prévention de la dépendance.

Parcours de soins et parcours du patient ?

Le **«parcours de soins coordonnés»** désigne pour un assuré social le fait de choisir un médecin traitant comme point de départ et élément organisateur d'un parcours de soins. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif par l'usager de la santé conditionne

la prise en charge normale de ses dépenses de santé par la sécurité sociale. La notion de **«parcours du patient»** constitue un concept nouveau qui dépasse en matière d'organisation et de rationalisation les approches traditionnelles³. Gérer l'agenda du patient implique de recueillir le maximum d'informations sur le patient avant son entrée à l'hôpital et au début de son séjour puis tout au long de sa présence, de manière à effectuer une programmation prévisionnelle des soins et à raccourcir ainsi la durée de l'hospitalisation. Ainsi, à l'hôpital, le parcours du patient fait référence à la qualité et à la sécurité des prestations qui lui sont délivrées tout au long de son parcours (de l'amont à l'aval) : sa participation active au projet thérapeutique, la continuité des soins, le respect de ses droits et de sa

dignité, la coordination des professionnels et le management du secteur d'activité.

En ce début du XXI^e siècle, être professionnel dans ses pratiques, c'est fournir des soins sûrs, efficaces, efficaces et utiles. Il n'y a plus de place pour l'empirisme et l'«à peu près», car les moyens de la communication électronique permettent à chaque professionnel de disposer aisément des acquis validés de sa profession. Encore faut-il que le kinésithérapeute sache explorer le **monde de l'internet** pour trouver dans un temps le plus court possible la bonne information pour étayer son raisonnement clinique et construire sa stratégie de soin. Ainsi, les pratiques fondées sur des faits établis pourront être formalisées dans des référentiels, construits par les professionnels eux-mêmes, en lien avec les sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé.

La kinésithérapie s'inscrit dans l'entité **«soins de réhabilitation et d'accompagnement»**⁴. Le kinésithérapeute devra construire le processus de production de soin en kinésithérapie en réponse aux besoins des personnes qui «passent» par l'hôpital. Cela passe par la construction d'outils d'analyse du parcours du patient – **lieux et temps de passage** – et l'analyse de la typologie du patient – **champ de raisonnement** clinique en kinésithérapie basé sur des **situations professionnelles emblématiques**.

Les kinésithérapeutes devront apprendre à contrôler ce processus, depuis l'évaluation jusqu'à la coordination, dans un **monde de la santé** en mouvement. La formation tout au long de la vie est un pas-

sage vers l'acquisition et la maîtrise de nouvelles compétences : évaluation-orientation d'un patient, prescription de dispositifs médicaux, coordination des parcours des patients ou d'activités, coordination d'un réseau hôpital-ville, ingénierie du handicap, ...

Un patient pourrait, tout au long de son **parcours à l'hôpital**, bénéficier :

→ d'un examen kinésithérapique avec bilan-diagnostic explicite,

→ d'un avis sur l'utilité d'une prise en soins en kinésithérapie, accompagné d'un avis sur la structure la plus appropriée pour la mettre en oeuvre,

→ d'un renvoi vers un autre professionnel de santé de la filière «soins de réhabilitation et d'accompagnement» avec un courrier destiné à ce professionnel,

→ d'une prescription du dispositif médical nécessaire⁵,

→ d'une prescription d'exercices thérapeutiques à faire dans son lieu de vie,

→ de conseils écrits de prévention et d'éducation à la santé,

→ d'une inclusion dans un protocole de recherche pour améliorer la prise en soins correspondante, en fonction de la durée du séjour et des moyens disponibles, de séances d'éducation thérapeutique,

→ d'une intervention par thérapie manuelle, par agents physiques ou moyens technologiques, etc

Si les régions françaises voient leur identité questionnée par la perspective de nouvelles frontières, l'identité sociale est devenue aujourd'hui une identité professionnelle. Un kinésithérapeute, c'est du temps et

un **territoire** ! Si le kinésithérapeute ne propose rien ou ne fait pas, alors d'autres feront des propositions et développeront leurs pratiques professionnelles.

Le kinésithérapeute pourra-t-il définir «son territoire», respecter lui-même cet espace, et enfin le défendre, c'est-à-dire prouver qu'il est le professionnel de santé le plus à même de satisfaire la commande sociale dans une situation donnée ?

La meilleure façon de faire fructifier un territoire ?

«Si tu veux des résultats durant l'année, sèmes des graines, si tu veux des résultats durant dix ans, plantes des arbres, si tu veux des résultats durant la vie, développe les hommes.»⁶

Il appartient au kinésithérapeute de se former pour trouver un mode d'organisation qui le sécurisera lui-même et sécurisera le patient/client qu'il prendra en soins...

Références :

- 1 Hirsch E (2001). *Ethique et soins hospitaliers. Les dossiers de l'AP-HP.* Editions Lamarre
- 2 Sénat (2008). *Rapport d'information N° 403 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des Affaires sociales sur la gestion de l'hôpital (MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU, 18 juin 2008).*
- 3 Fontan G, Durou D, Mercé C (2004). *Analyse et modélisation du parcours du patient. Logistique & Management; Jun 2004, Vol. 12 Issue 1, p 111-118, 8p*
- 4 IRDES (2008). *Rapport n° 1689 «Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement. Anissa Afrite, Laure Comruelle, Zeynep Or et Thomas Renaud (juin 2008). Institut de recherche et documentation en économie de la santé.*
- 5 Décret no 2006-415 du 6 avril 2006 relatif au remboursement des dispositifs médicaux prescrits par les masseurs-kinésithérapeutes et modifiant l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- 6 Kuan Chung (1970). *Kuan-tzu (Book of Master Kuan). Kuan tzu chi p'ing, ed. Ling Juheng, vol. 1, p. 12.*



Évaluation & Recherche : éviter la confusion

→ Jacques Bergeau, directeur d'IFMK

Le référentiel de compétences des kinésithérapeutes en cours d'élaboration dans le cadre de la réingénierie du diplôme fait apparaître les compétences «rechercher, analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles» et «analyser et améliorer sa pratique professionnelle»¹.

La participation de chaque kinésithérapeute à la recherche en santé apparaît comme une nécessité². Cela constitue une évidence concernant la recherche fondamentale sur le mouvement perturbé ou la recherche clinique dans les «soins de réhabilitation et d'accompagnement», mais cela reste à développer concernant la recherche sur des processus organisationnels, adaptée aux domaines de management et de l'innovation³.

La science est une forme de cognition qui tend à se distinguer de la technique, ainsi que de l'opinion. Elle vise à produire des vérités à propos du réel en recourant à des hypothèses et des expériences – observations et expérimentations –, et en assortissant leurs conclusions de justifications. «Le propre de la science est de privilégier la dimension d'explication des phénomènes – «savoir pourquoi» – au moyen d'un modèle dont le test de validité est notamment la conformité des prédictions qui en sont déduites»⁴.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les kinésithérapeutes apparaît dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui précise que «L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles»⁵.

L'EPP s'apparente à une démarche qualité puisqu'elle vise à améliorer les pratiques professionnelles⁶. Elle est à distinguer d'une démarche scientifique, l'évaluation n'étant pas la recherche.

L'EPP concerne chaque professionnel de santé qui est incité à faire une auto-évaluation de ses pratiques. L'EPP est donc une opportunité pour chaque kinésithérapeute d'interroger ses pratiques dans le but de les améliorer ou de les rénover, voire de proposer des innovations.

L'EPP fait référence à l'évaluation. L'évaluation peut être définie comme un processus par lequel on définit, obtient et fournit des informations utiles permettant de juger les décisions possibles. Évaluer, c'est aider à prendre des décisions⁷.

Si l'évaluation et la recherche paraissent nécessaires au développement des professions de santé et à leur participation au projet de société⁸, il nous semble opportun de clarifier les liens et les différences entre évaluation et recherche.

Les termes «évaluation» et «recherche» sont parfois utilisés de façon interchangeable. Cela vient du fait que les deux formes d'enquête utilisent des collectes de données et des méthodes d'analyse similaires⁹.

A contrario, «évaluation» et «recherche» diffèrent significativement sur plusieurs points^{9,10,11,12}. Les plus grandes différences concernent leur intention et leur but, leur objet, leur communication et le public visé ainsi que l'utilisation de leurs résultats⁹.

L'évaluation cherche à résoudre des problèmes pratiques, en guidant le commanditaire vers les décisions à prendre¹¹. Elle permet de déterminer le mérite ou la valeur d'une chose¹¹ par comparaison à des normes ou référentiels¹². L'évaluation est guidée par la précision des problèmes qui lui sont posés, même s'ils peuvent impliquer des champs de connaissance variés¹². Une forme d'acceptation raisonnable des questions évaluatives posées par le commanditaire s'impose¹². L'évaluation est soumise à des règles d'éthique informelles et ses résultats sont souvent à usage local¹⁰. L'évaluation est un processus continu¹⁰. La finalité pratique de l'évaluation suppose un début, une durée et une fin précisées a priori¹¹.

La recherche cherche à faire pro-

gresser la connaissance à partir de ses conclusions¹¹. Elle fournit des explications crédibles à un phénomène. Les résultats de la recherche sont publiés dans des revues scientifiques à comité de lecture¹⁰. La recherche tente de produire des résultats généralisables¹⁰. Elle requiert l'approbation d'un comité de protection des personnes lorsqu'elle concerne des individus¹⁰. La recherche s'arrête lorsque la réponse à la question est trouvée¹⁰. Le «temps de la recherche» n'est pas toujours connu au début¹¹. La recherche se déroule toujours dans le contexte d'un corpus scientifique auquel elle s'efforce d'ajouter en partant d'un point de vue, totalement ouvert au regard des finalités, et restreint au domaine de recherche concerné^{11,12}. Un projet de recherche peut légitimement entreprendre de reformuler le questionnement initial¹².

Ces différences entre évaluation et recherche, repérées dès l'origine par le Conseil Scientifique de l'Évaluation¹² ont des conséquences



Concernant l'EPP, les kinésithérapeutes doivent se confronter à l'utilité sociale de leurs pratiques professionnelles¹³. En effet, la posture évaluative qui consiste à se placer du point de vue de l'utilité sociale autorise l'évaluateur à mettre en discussion les objectifs officiels de l'action. La référence à l'utilité sociale marque donc une avancée par rapport à la notion habituelle d'une évaluation «par rapport aux objectifs».

Concernant l'EPP, les kinésithérapeutes doivent se confronter à l'utilité sociale de leurs pratiques professionnelles¹³. En effet, la posture évaluative qui consiste à se placer du point de vue de l'utilité sociale autorise l'évaluateur à mettre en discussion les objectifs officiels de l'action. La référence à l'utilité sociale marque donc une avancée par rapport à la notion habituelle d'une évaluation «par rapport aux objectifs».

	EVALUATION	RECHERCHE
Préalable	Valeur non connue	Corpus scientifique préexistant
Motivation	Résoudre des problèmes pratiques	Ajouter à la connaissance Faire évoluer les concepts
Domaine	Transdisciplinaire	Souvent monodisciplinaire
Finalité	Déterminer le mérite ou la valeur d'une chose Aider à prendre une décision	Point de vue ouvert au regard des finalités Découverte
Question posée	Dictée par le commanditaire	Le questionnement initial peut être reformulé
Instruments et outils	Normes et référentiels	Matériels et méthodes dédiés
Contrainte temporelle	Délais à respecter	«Temps de la recherche»
Contrainte éthique	Informelle	Approbation du comité de protection des personnes
Résultats	A usage local	Généralisables

Quelques pistes pour différencier évaluation et recherche.

Références :

- Bergeau J, Cottret Y (2008). Théories et modèles. in Kinéscope n°11, p 8
- Bergeau J (2009). La recherche en santé : de la nécessité pour chaque professionnel de santé d'y participer in Kinéscope n°13, p 10-11
- Musca G (2006). Une stratégie de recherche processuelle : l'étude longitudinale de cas enchâssés. Management, Vol. 9, No. 3 : 145-168
- Lavelle S (2006). Science, technologie et éthique. Ellipses.
- Article L 4382-1 du code de santé publique (modifié par Loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 73, JORF 17 août 2004)
- Grosse D, Josse L (2007). L'EPP en question ? in Kinéscope n°6, p 7-9
- Stufflebeam DL, Foley WJ, Gephart WJ, Guba EG, Hammond RL, Merriman HO, Provus MM (1980). L'évaluation et la prise de décision en éducation. N.H.P., Victoriaville (Canada).
- Roussel E (2008). Entre missions et compétences : quel projet sociétal pour la kinésithérapie ? in Kinéscope n°12, p 10
- Stufflebeam DL, Shinkfield AJ (2007). Evaluation theory, models and applications. John Wiley & Sons.
- Morrison J (2003). ABC of learning and teaching in medicine : Evaluation. Br Med J, volume 326 issue 15 (february) : p 385-387
- Guskey TR (1999). Evaluating professional development. Corwin Press.
- Conseil Scientifique de l'Évaluation (créé par décret du 22 janvier 1990) remplacé par le Conseil National de l'Évaluation (décret du 18 novembre 1998)
- Cottret Y (2007). L'utilité sociale : entre utilité économique et intérêt général ? in Kinéscope n°6, p 4

au cœur du métier

Valérie Lozano, directrice d'IFMK

→ Connaissance & reconnaissance de la kinésithérapie hospitalière

Le concept de reconnaissance, devenu à la mode avec la montée des revendications sociales communautaires, recouvre de nombreux aspects individuels et collectifs. Dans notre société désormais, chaque personne revendique d'être reconnue, ce qui comporte à la fois le besoin d'existence et de considération (être visible aux yeux d'autrui, être respecté), le besoin d'individuation (être distingué des autres), le besoin d'intégration (être inclus dans un groupe, y avoir une place reconnue) et le besoin de valorisation (être jugé positivement).

Ces différents aspects relèvent à la fois de la sphère privée et de la sphère sociale. Au niveau professionnel, cette reconnaissance individuelle est un facteur avéré de la motivation au travail et de la fidélité du salarié vis-à-vis de son employeur. Dans un contexte de recherche d'attractivité et de fidélisation des kinésithérapeutes, il apparaît donc stratégique d'agir sur l'ensemble des paramètres de la reconnaissance. A l'échelle du groupe professionnel, et dans le cas de la kinésithérapie hospitalière prise comme groupe identitaire, la considération sociale et institutionnelle et ses marques relèvent de la visibilité et de l'utilité sociales. En effet, si la kinésithérapie est reconnue par la législation, la représentation de cette profession dans la population générale est l'exercice libéral.

Dans le contexte politique et économique actuel, il est intéressant de rechercher les signes externes de reconnaissance de l'exercice hospitalier, marqués par la rétribution symbolique ou matérielle. A l'échelle des hôpitaux, il faut aussi appréhender les facteurs susceptibles de favoriser la reconnaissance des professionnels en place et le rôle stratégique des cadres en la matière.

SE CONNAÎTRE ET SE FAIRE CONNAÎTRE

La reconnaissance, dans son acception d'identification implique qu'il n'existe pas de reconnaissance sans une connaissance préalable. Or, connaître, ce n'est pas seulement être au courant de l'existence de quelque chose ou de quelqu'un. La connaissance implique une compréhension des éléments constitutifs de la chose, des caractéristiques de l'identité de la personne, de ses signes distinctifs, de ses valeurs dominantes, de sa culture propre... Ainsi la «kinésithérapie hospitalière» doit définir les éléments caractéristiques qui lui sont propres, les normes et les valeurs communes auxquelles les professionnels de ce groupe se réfèrent, et qui lui permettent de définir son identité par rapport à ses membres mais aussi vis-à-vis de l'extérieur. Il s'agit de réfléchir sur la kinésithérapie hospitalière, savoir d'où elle vient, quelle est sa place, quel est son rôle, comment elle se situe par rapport aux autres groupes professionnels (kinésithérapeutes libéraux, soignants infirmiers, médecins, étudiants en kinésithérapie...). Se connaître et se faire connaître sont les préalables pour se faire reconnaître, c'est de cela que dépend la participation sociale et institutionnelle du groupe professionnel. Cette clarification menée depuis plusieurs années à travers les nombreux écrits édités par le CNKS qui contribuent à mettre à jour l'identité de la kinésithérapie hospitalière, doit aussi être à l'œuvre sur le terrain, au sein des services de rééducation.

Dans chaque structure hospitalière, un travail de réflexion commun à l'ensemble des kinésithérapeutes, animé par les cadres, doit contribuer à mettre à jour les éléments identitaires qui définissent le service et ses prestations (valeurs, missions). La communication de ce travail auprès des différents acteurs de l'hôpital, directeurs, médecins et soignants a pour enjeu de favoriser la coopération, qui elle-même, par le sentiment d'appartenance au groupe plus vaste de la communauté hospitalière qu'elle engendre, est source de reconnaissance. Savoir ce qui fait sa spécificité et sa force permet aussi une communication positive qui est stratégique vis-à-vis des étudiants en formation, pour aller à l'encontre des a priori et susciter des vocations.

Il importe notamment de promouvoir les valeurs caractéristiques de la kinésithérapie hospitalière qui, même si

elles sont mises à mal par les évolutions de la politique de santé, par la pénurie de professionnels, par les normes et les procédures qui contraignent l'action, doivent être préservées. Il convient de mettre en avant l'indépendance professionnelle vis-à-vis de la contrainte économique qui garantit l'indépendance des choix thérapeutiques et marque l'approche humaniste et globale de la personne. La dynamique professionnelle basée sur la recherche de progrès et la conception apprenante de l'exercice professionnel traduit la volonté d'une constante formation et doit être valorisée. L'esprit d'équipe et la collaboration avec les autres professionnels autour d'un projet commun centré sur la qualité du soin au patient sont symboliques d'une approche professionnelle basée sur l'échange et l'écoute réciproque. La transmission à travers l'enseignement et la formation initiale et continue, ainsi que la publication d'écrits professionnels manifestent la volonté de partage. Les kinésithérapeutes hospitaliers doivent avoir conscience de l'importance symbolique de ces valeurs qui font leur spécificité professionnelle et les défendre. Elles doivent être mises en avant au niveau social, institutionnel et auprès des autres acteurs, notamment vis-à-vis du groupe sensible et stratégique que représentent les étudiants en formation.

UNE RECONNAISSANCE SOCIALE EN MARCHÉ MAIS...

Du point de vue social, le contexte est plutôt favorable à rendre visible notre profession dans son exercice hospitalier, notamment grâce aux travaux de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (DHOS), à travers le répertoire des métiers, et tout récemment, à travers la monographie consacrée à la profession de masseur-kinésithérapeute, dans l'étude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière. Ce travail explore les caractéristiques actuelles du métier et son évolution ainsi que les actions à développer pour répondre aux besoins avérés et à venir. La mise en œuvre des préconisations réalisées par les professionnels consultés, revalorisation des carrières, reconnaissance des fonctions d'expertise, universitaire des études, accès à la recherche, augmentation du nombre de professionnels formés, etc., permettrait la reconnaissance effective de la kinésithérapie hospitalière. Le contexte économique et politique semble peu favorable mais là est l'enjeu du travail de lobbying que doivent réaliser les représentants de la kinésithérapie hospitalière, si tant est qu'ils existent et qu'ils soient reconnus à la fois des autorités et des professionnels.



... DES DIFFICULTÉS DE REPRÉSENTATION

Alors que la création de l'Ordre professionnel pouvait être reçue comme une marque de reconnaissance sociale de la kinésithérapie, le milieu salarié et hospitalier qui ne se reconnaît pas dans cette structure dont il se perçoit incompris, refuse la légitimité de sa représentation. De fait, l'Ordre professionnel, légitime juridiquement, peine à s'imposer et à asseoir son autorité. Les deux groupes ont des valeurs explicitant ce qui est juste et injuste différentes, et leur reconnaissance mutuelle en est affectée. Malheureusement, cette incompréhension et l'épreuve de force engagée par l'Ordre à l'encontre d'une partie de la profession, sont néfastes pour l'image de la profession qu'elles discréditent alors même que sa reconnaissance sociale est en jeu.

TROUVER SA PLACE DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

A l'échelle des hôpitaux, l'affirmation professionnelle des métiers paramédicaux est rendue difficile par le fait que l'autorité stratégique est représentée essentiellement par la compétence médicale. De surcroît, les métiers de rééducation sont minoritaires numériquement et stratégiquement, l'absence de leurs prestations n'ayant que peu d'impact visible à court terme sur le bon fonctionnement de l'hôpital. La reconnaissance de leur plus-value n'est donc pas évidente pour des directions de plus en plus attachées à l'efficacité économique, et ce d'autant plus que l'activité de rééducation n'est pas valorisée dans la TZA. De surcroît, elle est souvent positionnée en prestataire transversal pour les pôles, dans lesquels elle n'est pas systématiquement représentée. Il importe donc de faire connaître les ressources professionnelles disponibles, de mettre en valeur les actions menées et leurs effets sur la qualité des soins, notamment dans les disciplines où la kinésithérapie est devenue indispensable, réanimation, pédiatrie, gériatrie et dans celles où elle émerge, cancérologie, médecine interne, soins palliatifs. Ce travail est de la responsabilité des cadres de proximité. En effet, dans la plupart des établissements hospitaliers, la ligne hiérarchique des rééducateurs ne s'est pas développée de manière similaire à celle des infirmiers. Les cadres sont donc les promoteurs de la kinésithérapie auprès de la direction, en s'appuyant sur le coordonnateur des soins qui doit être parfaitement informé de l'organisation, des projets et de l'activité du service, afin qu'il puisse, en retour, totalement associer les rééducateurs aux projets de l'établissement. Transversalement, les cadres doivent aussi trouver une

place et une représentation dans les pôles, ce qui n'est pas aisé, et dépend de la qualité du réseau relationnel qu'ils ont su tisser. Ceci est particulièrement important pour éviter le cloisonnement et l'isolement des rééducateurs, facteurs de non participation institutionnelle et donc de non reconnaissance.

L'ENJEU DES RELATIONS HUMAINES

Par ailleurs, c'est sur les cadres que repose la mission fondamentale de fédérer le groupe. Donner du sens au travail effectué, expliciter ce qui est attendu au regard des transformations à l'œuvre dans l'hôpital qui ont fait évoluer les missions des kinésithérapeutes, valoriser les actions menées et les innovations sont essentiels pour que les professionnels soient confortés dans leur légitimité. De même, l'exercice d'un management éthique est fondamental pour développer la reconnaissance individuelle de chacun des professionnels. S'appuyant sur le respect, la rigueur, l'écoute et la responsabilité, il permet l'autonomie. Il exclut les rumeurs et les dénigrements. Il s'appuie sur la cohérence entre les discours et les actions pour favoriser la confiance. Il crée du lien en animant (au sens propre) le groupe. Une réelle proximité du cadre envers son équipe, ne négligeant pas la convivialité, permettant les échanges de points de vue, représente un élément clé de la cohésion du groupe et de l'implication des professionnels. Elle doit être elle-même valorisée par la direction, par l'intermédiaire du coordonnateur des soins à qui revient, de fait, la responsabilité de reconnaître à son tour le travail de l'encadrement.

POURSUIVRE LA QUÊTE

Le «manque de reconnaissance», tel est le leitmotiv dorénavant pour expliquer la désaffection des kinésithérapeutes vis-à-vis de l'exercice hospitalier. Si l'on en croit de nombreux confrères, il semble que cette reconnaissance soit la clé du problème et qu'il faille donc promptement l'améliorer pour que les kinésithérapeutes aient envie de travailler à l'hôpital. Cependant, il existe d'ores et déjà des marques de reconnaissance, et c'est au groupe d'œuvrer de manière unie pour en obtenir plus. Chaque professionnel doit aussi être convaincu qu'il est porteur d'une part de la responsabilité de la reconnaissance de la kinésithérapie hospitalière qu'il contribue à incarner. Il faut enfin souligner, qu'il appartient aussi aux instituts de formation de reconnaître leur dette envers la kinésithérapie hospitalière qui, historiquement, a été le vivier de l'enseignement et de la formation, et dans la situation de crise actuelle, il importe de lui apporter le soutien nécessaire en développant plus encore les coopérations.

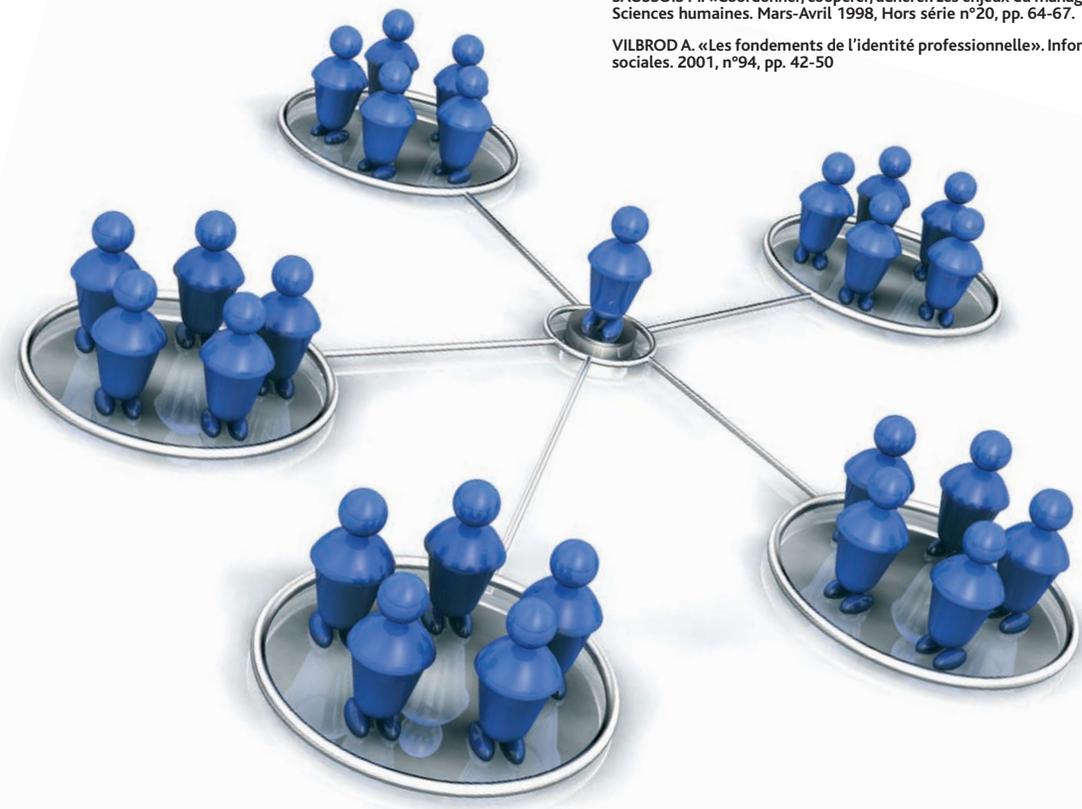
Bibliographie

Ouvrages

- CARRICABURU D., MENOIRET M., *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004. 235 p.
- DE KERVASDOUE J./ *La Mutualité Française. La crise des professions de santé*. Paris : Dunod, 2003. 329 p.
- DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1991, 3^e édition revue 2000. 255 p.
- DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 1998, réédition 2003. 256p.
- GONNET F., LUCAS S. *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre. 1992, réédition 2003. 272 p.
- GROSJEAN M., LACOSTE M. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris. Presses universitaires de France, 1999. 225 p.
- LACRABERIE B. / *Travail et Changement n°317. La reconnaissance au travail*. ANACT, 2008. 16 p.
- LE GOFF J.-P. *Les illusions du management*. Paris. La Découverte, 1996. 2^e édition 2000. 164 p.
- MUCCHIELLI A., CORBALAN J.-A., FERRANDEZ V., *Théorie des processus de la communication*. Paris. Armand Colin, 1998. 178 p.
- RUANO-BORBALAN J. C. / *Presses Universitaires de France. L'identité. L'individu. Le groupe. La société*. Auxerre : Sciences humaines Editions, 1998
- SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*. Paris. Presse de la fondation nationale des sciences politiques, 1988, 3^e édition. 477 p.
- SCHWEYER F. X., PENNEC S., CRESSON G., BOUCHAYER F. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes : ENSP, 2004. 304 p.

Articles

- BOUCHAULT-ROLNIN M.-E. «L'éthique de management une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital». *Gestions hospitalières*. Février 2007 n°463, p.103-110.
- BRUN J.-P. «la reconnaissance au travail». *Les grands dossiers de sciences humaines, Malaise au travail*, sept-oct-nov. 2008, n°12, p.64-65
- CHAPELLE G. «La reconnaissance au travail. Rencontre avec C. DEJOURS». *Sciences Humaines*, Oct. 2002, n°131, p.25.
- DORTIER J.-F. «On n'est pas reconnu !». *Les grands dossiers de sciences humaines, Malaise au travail*, sept-oct-nov. 2008, n°12, p.66
- DUBET F. «Injustice et reconnaissance». *Esprit*. Juillet 2008, pp.144-159
- FOESSEL M. «Etre reconnu : droit ou fantasme». *Esprit*. Juillet 2008, pp. 61-75
- LAMOUCHE F. «Paul RICOEUR et les «clairières» de la reconnaissance». *Esprit*. Juillet 2008, pp. 76-87
- LE BLANC G. «L'épreuve sociale de la reconnaissance». *Esprit*. Juillet 2008, pp.127-143
- LEVY-LEBOYER C. «Les vrais ressorts de la motivation» *Les grands dossiers de sciences humaines, Malaise au travail*, sept-oct-nov. 2008, n°12, p.50-51
- LEYENS J.-P., PALADINO P. M., DEMOULIN S. «Nous et les autres. Peut-on vivre sans stéréotypes sur autrui ?» *Sciences humaines*. Mai 1999, n°94, pp. 26-29.
- MARC E. «Le face à face et ses enjeux». *Sciences humaines*. Mars - Avril 1997, Hors série n°16, pp. 30-32.
- OBERLE D. «Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale». *Sciences humaines*, Mai 1999, n°94, pp. 20-25
- SAINSAULIEU R. «La construction des identités au travail». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1998, Hors série n°20, pp. 40-43.
- SAUSSOIS M. «Coordonner, coopérer, adhérer. Les enjeux du management». *Sciences humaines*. Mars-Avril 1998, Hors série n°20, pp. 64-67.
- VILBROD A. «Les fondements de l'identité professionnelle». *Informations sociales*. 2001, n°94, pp. 42-50



L'éducation thérapeutique

→ Marie-France Vaillant, diététicienne, Jacques Vaillant, cadre kinésithérapeute

Avec l'amélioration de l'hygiène, des conditions de vie et l'apparition de traitements, les maladies infectieuses et parasitaires ont laissé la place à des affections chroniques et dégénératives (Aïach et al., 1994), difficiles à soigner.

Dans ces maladies, où il n'existe pas de traitement permettant d'obtenir une rémission complète, l'efficacité du traitement semble aussi déterminée par le degré de formation thérapeutique du malade. Dans le champ de la kinésithérapie, les patients atteints de pathologies comme la mucoviscidose, les pathologies coronariennes, la polyarthrite rhumatoïde sont par exemple concernés.

Phénomène de mode ou évolution des pratiques et conceptions du soin ?

Les partisans de l'éducation thérapeutique évoquent un soin de qualité apporté au patient. Une importance plus grande est accordée à l'acquisition de connaissances sur la maladie, sur son traitement et son vécu. Avoir une maladie chronique signifie pour la personne atteinte d'entrer dans le monde médical et par là-même de modifier sa relation avec les soignants. A travers la maladie chronique, la relation patient – professionnel de santé se prolonge

bien au-delà de l'hospitalisation de quelques jours que demande le traitement de la maladie aiguë. Désormais trajectoire de patient et de soignants se trouvent étroitement mêlées (Strauss, 1992).

Le médecin ne peut à lui seul assurer l'éducation du patient, très consommatrice de temps. Le modèle de l'infirmière datant du début du XX^e siècle, dans lequel, la maladie fait partie de la science du médecin et à l'infirmière revient le malade est remplacé par un modèle plus complexe. Le duo médecin – infirmier est remplacé par une équipe pluriprofessionnelle (kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues...) au sein de laquelle les champs d'exercices sont encore à définir. Par rapport au médecin, ces professionnels paramédicaux, potentiels «éducateurs», porteurs de spécialités diverses, sont plus nombreux que les médecins, passent le plus de temps auprès du patient et revendiquent un savoir technique et relationnel très développé. Les conceptions nord-américaines du diagnostic

kinésithérapique intègrent cette notion éducative afin de lui proposer une offre éducative adaptée à sa demande, à sa pathologie, au stade de son évolution et à ses moyens matériels et coordonnée avec les autres professionnels de santé (APTA, 2002).

Réappropriation de la santé par les usagers ou contrainte socio-économique ?

Au niveau historique, il est intéressant de constater que le développement de l'éducation thérapeutique, ou plus généralement de l'éducation de patients, s'inscrit dans un mouvement général de réinvestissement de la santé par les patients et leurs familles. En effet, si le XIX^e siècle et le début du XX^e siècle ont vu les patients et leurs familles dépossédés de leurs savoirs sur le corps au profit de professions médicales puis paramédicales, il est observé à la fin du XX^e siècle un mouvement différent, voire inverse. Au XIX^e siècle, observé dans tous les secteurs de la santé (de la naissance

L'éducation thérapeutique du patient est définie selon l'OMS comme ayant pour but :

«aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.»

→ pratique en développement pour les paramédicaux

à la mort pour les pathologies mentales ou physiques), la prise en charge qui était initialement réalisée par le groupe social ou par un membre du groupe (guérisseur, matrone, rebouteux, religieux) est progressivement faite par un professionnel de la santé (médecin, sage-femme, kinésithérapeute ou infirmier) (Aïach et Delanoë, 1998). Aussi, le mouvement d'éducation du patient interroge. S'agirait-il d'un mouvement de réappropriation des patients devenus usagers du système de santé ? Ou est-ce plus pragmatiquement, une réponse à la nécessité de conserver une efficacité malgré la contrainte économique ?

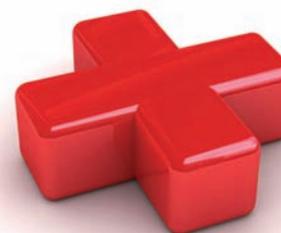
Quelles que soient les raisons, il est intéressant de constater que les pratiques quotidiennes sont dynamisées par l'intégration de l'éducation à l'arsenal thérapeutique.

A.P.T.A. (American Physical therapy Association). Guide to physical therapist practice. Physical therapy 2001 ; 81 : 1768.

Aïach P., Fassin D., Saliba J. «Crise, pouvoir et légitimité» dans Aïach P., Fassin D. [dir.], Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Anthropos, coll. «Sociologiques», 1994, 9-42

Aïach P., Delanoë D. [dir.], L'ère de la médicalisation. Paris, Anthropos, coll. «Sociologiques», 1998.

Strauss A. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, textes réunis par Baszanger I., Paris, L'Harmattan, 1992.



Critères de qualité de l'éducation thérapeutique (définis par l'OMS-Europe et utilisés pour structurer les programmes d'éducation thérapeutique dans les pratiques françaises).

L'éducation thérapeutique :

- fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- concerne la vie quotidienne et l'environnement psychosocial du patient, et elle implique autant que possible les familles, les proches et les amis du patient ;
- est un processus permanent, qui doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;
- doit être structurée, organisée, réalisée par divers moyens éducatifs ;
- est multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle et inclut le travail en réseau ;
- inclut une évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets ;
- est réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient.

Education et patient : définitions des trois niveaux d'activité selon l'OMS.

→ L'éducation pour la santé du patient : elle se situe en amont de la maladie et s'intéresse aux comportements de santé et au mode de vie du patient actuel ou potentiel. Cette " culture de santé " repose autant sur les soignants que sur les éducateurs pour la santé. Elle concerne, par exemple, les recommandations sur les principes d'une alimentation saine, sur la prévention des caries dentaires, les informations pour prévenir ou lutter contre le tabagisme ou l'alcoolisme.

→ L'éducation du patient à sa maladie : elle concerne les comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des rechutes. Elle s'intéresse notamment à l'impact que la maladie peut avoir sur les autres aspects de la vie. Les rencontres avec d'autres patients, les groupes d'entraide, les éducateurs pour la santé participent à ce type d'éducation.

→ L'éducation thérapeutique du patient : elle restreint le champ de l'éducation du patient au domaine de la thérapeutique, curative ou préventive. Elle repose sur les soignants et fait partie intégrante de leur fonction soignante.

FRANCO & FILS

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

30 MODELES

CATALOGUE SUR DEMANDE

DEPUIS 1955
N°1
TABLE ELECTRIQUE

CONCEPTEUR
D' APPAREILS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

au cœur des Organisations

Anne Lise Camiul, cadre ergothérapeute

→ La gestion des compétences un exemple en rééducation

La gestion des ressources humaines (GRH) consiste à : «Disposer à temps, en effectifs suffisants, et en permanence, des personnes compétentes et motivées pour effectuer le travail nécessaire en les mettant en situation de valoriser leurs talents avec un niveau élevé de performance et de qualité, à un coût salarial compatible avec les objectifs.». Gérer les ressources humaines implique donc, de définir un niveau de compétences requis dans l'établissement, de le comparer au niveau de compétences présent et éventuellement de mettre en place les solutions correctives nécessaires. Un outil, la cartographie des compétences, permet de mesurer les écarts entre niveau de compétences présent et niveau de compétences à acquérir.

connaissances, savoir-faire expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis». La compétence s'exprime au travers de l'action, «Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable». L'entreprise a la charge de l'identifier, de la solliciter, de la faire évoluer et de la promouvoir. «C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer».

Pour Guy Le Boterf (sociologue du travail), la compétence est considérée comme une résultante, individuelle, collective et institutionnelle : «Résultant d'un savoir agir, d'un vouloir agir et d'un pouvoir agir, la production d'une action compétente relève d'une responsabilité partagée entre la personne elle-même, le management, le contexte de travail [...] et le dispositif de formation.»

Ainsi, les compétences professionnelles d'un individu se construisent à partir de l'articulation de quatre types de savoirs : le savoir théorique, le savoir procédural (la technique), le savoir pratique (l'expérience) et le savoir faire (l'habileté). Les compétences ne sont repérables que dans l'action, dans un contexte précis. Il appartient aux managers d'identifier les compétences et d'en favoriser l'émergence.

Cet article a pour objectifs de décrire une méthode d'élaboration d'une cartographie des compétences qui en plus de son utilisation en GRH, a l'intérêt de servir la cause de la reconnaissance des professionnels.

La première partie de cet article définira les notions de compétence et de cartographie des compétences ; la seconde présentera une méthode projet qui pourrait être employée au sein d'un service de rééducation, et la dernière exposera une analyse de l'utilisation de l'outil «cartographie des compétences» dans le milieu hospitalier.

QUELQUES DÉFINITIONS LA COMPÉTENCE

La compétence professionnelle se définit par l'articulation de différents types de savoirs. Ainsi, le MEDEF (Mouvement des Entreprises de France) définit la compétence professionnelle comme «une combinaison de



CENTRE HOSPITALIER CENTRE BRETAGNE
LORDEAC - PLÉMET - PONTIVY

LE CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE BRETAGNE
Situé entre Vannes et Saint Brieuc

RECHERCHE DES KINESITHERAPEUTES
(En CDD, CDI, mutation, mise en stage)

Pour son centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (70 lits) situé à Plémet (56 kms de Saint Brieuc).

Le kinésithérapeute recruté intégrera une équipe pluridisciplinaire composée de 4 médecins rééducateurs, 11 kinésithérapeutes, 4 ergothérapeutes, 1 orthophoniste, 1 neuropsychologue, 1 appareilleur et 1 animateur sportif.

Il prendra en charge la rééducation des patients relevant de neurologie, traumatologie, rhumatologie, orthopédie dans le cadre d'un plateau technique et d'une balnéothérapie moderne.

Pour son l'hôpital situé sur Pontivy (53 kms de Vannes).

Activité de rééducation en MCO, pédiatrie, gériatrie et unité de soins continus. Equipe composée de 4 kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute et 1 orthophoniste.

Candidature à adresser à :
Madame La Directrice des Ressources Humaines
Centre Hospitalier du Centre Bretagne
1 Place Ernest Jan
BP. 70023 - 56306 PONTIVY CEDEX

au cœur de vos ambitions...

Centre Hospitalier Privé
à but non lucratif participant au Service Public Convention FEHAP spécialisé en chirurgie CARDIO-THORACIQUE et TRANSPLANTATIONS recherche (h/f) :

Kinésithérapeutes

Pour rééducation post chirurgicale secteurs adulte et pédiatrique.

Intégration et tutorat. Temps partiel possible.

Adresser candidature et C.V. au :
Centre Chirurgical - Marie Lannelongue
Madame Carpentier
Direction des Ressources Humaines
133 avenue de la Résistance
92350 Le Plessis Robinson
Tél. 01 40 94 87 95
E-mail : s.carpentier@ccml.fr

Marie Lannelongue
CENTRE CHIRURGICAL

prbcm.fr

LA CARTOGRAPHIE DES COMPÉTENCES

Une cartographie est une représentation graphique d'un système que l'on étudie, il s'agit d'un outil d'analyse et de synthèse des données. «La cartographie permet d'étudier et de vérifier l'évolution d'un phénomène et d'étudier les conséquences de la juxtaposition ou de l'addition de plusieurs facteurs que l'on croit déterminants. [...]»

La cartographie des compétences est un graphique. Il s'agit d'un outil dynamique et évolutif. Elle permet de mesurer un écart, le différentiel entre une situation souhaitée et une situation présente. La cartographie des compétences montre l'écart entre le niveau de compétences requis par l'institution et le niveau de compétences mobilisées par chaque professionnel, dans un périmètre défini (une unité d'hospitalisation, un service, un pôle). La cartographie des compétences est donc une analyse et une synthèse des compétences présentes en regard du niveau de qualité exigé.

COMMENT ÉLABORER UNE CARTOGRAPHIE DES COMPÉTENCES ?

LA MÉTHODE DU PROJET

La cartographie des compétences n'a d'intérêt que si elle est contextualisée et si elle est utilisée comme un outil au service d'un objectif. Elle n'est pas une fin en soi.

Le projet présenté ci-dessous concerne l'équipe de rééducateurs d'un centre hospitalier général. Le service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) dans lequel les rééducateurs exercent, fait partie d'un pôle de soins transversaux, prestataire pour l'ensemble des pôles d'hospitalisation. La mission du service consiste à répondre aux besoins de tous les patients, quel que soit leur unité d'hospitalisation, leur pathologie et leurs besoins en rééducation. Les rééducateurs sont issus de professions différentes : masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes.

L'objectif de ce projet consiste à construire un outil de gestion des ressources humaines en favorisant le travail interprofessionnel, ce qui induira la connaissance et la reconnaissance des professions et des individus.

LES ACTEURS DU PROJET

Compte tenu des enjeux de ce projet et pour en favoriser l'aboutissement, le commanditaire et le comité de pilotage auront un rôle de catalyseur, d'arbitrage, de contrôle et de validation. Il pourra être demandé à différents professionnels d'y participer : le coordinateur

général des soins, un représentant de la direction des ressources humaines, des représentants du pôle, des représentants du service de rééducation (un rééducateur et/ou un médecin de MPR), un ou des cadres de proximité des unités de soins, un représentant des partenaires sociaux.

De par sa mission d'organisation et de coordination des soins de rééducation, le cadre de santé de MPR sera le chef de projet. Il aura la mission de provoquer les rencontres des groupes de travail, d'animer les réunions et d'en assurer le suivi.

Différents groupes de travail seront constitués : un groupe interprofessionnel qui comprendra le cadre supérieur de pôle, des représentants de l'encadrement de proximité, des rééducateurs, des infirmières, des médecins (MPR et autres) et des experts en rééducation ; des groupes uniprofessionnels (pour chaque corps professionnel de rééducation).

Les groupes de travail pourront être amenés à faire appel à des partenaires ressources tel que les professionnels du Département d'Information Médicale (DIM).

LES ÉTAPES DU PROJET

Dans le cadre de cet article, seules les grandes étapes sont décrites et la démarche projet n'est pas détaillée. Il demeure pourtant essentiel de ne pas négliger les préalables (anticipation sur les enjeux, risques, coûts...).

La méthodologie du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) est employée pour l'analyse des compétences, selon les quatre savoirs : «le savoir théorique ou la connaissance, le savoir procédural ou la technique, le savoir pratique ou l'expérience, le savoir-faire ou l'habileté».

• Cinq étapes essentielles se succéderont :

→ ÉLABORATION DU PROFIL DES UNITÉS DE SOINS EN REGARD DE LA TYPOLOGIE DES PATIENTS ACCUEILLIS

Le groupe interprofessionnel a la mission d'étudier et de répertorier les typologies de patients accueillis dans les unités de soins. Ce travail est basé sur la Classification Internationale des Maladies, version n°10 (CIM 10). Les référents du DIM ont un rôle facilitateur dans l'analyse des codifications et des classifications de maladies. Ce travail d'analyse des typologies de patients accueillis, permet de dresser un profil de l'unité de soins.

En rééducation, les types de soins (actes et activités) nécessaires sont définis.

→ ANALYSE DES ACTIVITÉS ET ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS



Les groupes de travail uniprofessionnel ont la mission d'analyser et de répertorier les activités de rééducation réalisées dans chaque unité de soins. La méthode est la suivante :

- échanges entre les personnes titulaires de l'activité portant sur des «faits professionnels» ;
- confrontation interprofessionnelle ;
- formalisation de l'activité en identifiant les éléments les plus caractéristiques ;
- validation par le groupe interprofessionnel (dont le collège d'experts en rééducation).

→ ANALYSE DES COMPÉTENCES ET ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Les groupes de travail (formés à la méthode du CNAM), définissent les savoirs impliqués dans l'activité de soin. En regard des typologies de patients accueillis, des recommandations de bonnes pratiques et des orientations de service, le niveau de compétences requis est arrêté par les groupes de travail et validé par le comité de pilotage.

→ LE DIAGNOSTIC DES COMPÉTENCES OU L'ÉLABORATION DE LA CARTOGRAPHIE

Le diagnostic des compétences est alors établi. Il chiffre les écarts selon des critères tels que : «à acquérir», «à perfectionner», «à mettre à jour» ou «maîtrisé». Un graphique récapitulatif montre alors les niveaux d'apprentissage à mettre en œuvre.

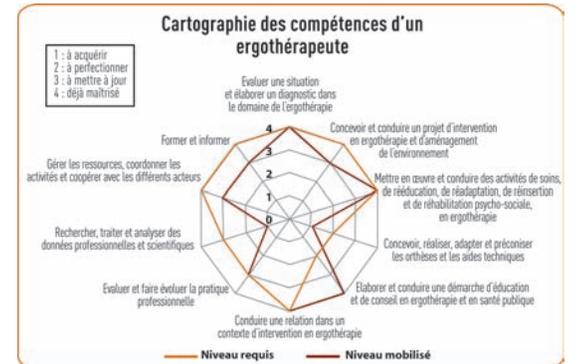
→ LA PROMOTION DU PROJET

La démarche projet, l'implication des professionnels dans l'élaboration de la cartographie et la campagne de communication et de diffusion de l'avancée des travaux, permettent de faire connaître et de valoriser l'activité des professionnels. Les instances institutionnelles (en particulier la commission de soins) ont un rôle primordial dans cette campagne.

Le lien de causalité entre la connaissance des professions de rééducation et reconnaissance professionnelle n'est plus à montrer. La démarche d'analyse interprofessionnelle des activités et compétences contribue à la reconnaissance professionnelle des rééducateurs.

L'EXEMPLE EN ERGOTHÉRAPIE

L'exemple qui suit reprend les compétences d'un ergothérapeute dans une unité de soins et en regard du référentiel de compétences validé au ministère le 15/01/2009.



Ici, des écarts sont mis en évidence entre le niveau requis et le niveau mobilisé. Pour la compétence «élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique» le professionnel présente un niveau supérieur au niveau requis dans l'unité. Même si cette compétence n'est pas autant recherchée dans le service, il demeure intéressant de connaître cette spécialité de l'ergothérapeute. Il pourra être sollicité au cours de projets spécifiques. Il pourra par exemple, intervenir auprès des étudiants et montrer la démarche de santé publique... Il pourra être une ressource pour le tutorat de nouveaux professionnels.

En revanche, à la compétence «rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques», le professionnel doit progresser jusqu'au niveau requis. Les axes d'amélioration à donner sont mis en évidence. Il s'agit d'accompagner le professionnel pour qu'il améliore son niveau de performance. Plusieurs méthodes pourront être utilisées, allant du tutorat à la formation continue. Tout l'intérêt pour le cadre sera d'accompagner le professionnel à la prise de conscience des écarts, avec la valorisation des aptitudes et l'accompagnement dans la démarche de mise à niveau.

LA CARTOGRAPHIE DES COMPÉTENCES, UN OUTIL AUX MULTIPLES FINALITÉS

DU POINT DE VUE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DU SERVICE RENDU AU PATIENT

Répondre aux besoins du patient correspond à lui proposer des soins adaptés, au bon moment et dans des conditions favorables. Cela revient au précepte de «la

LA RÉFÉRENCE DES PROFESSIONNELS A CHANGÉ DE NOM

Tensoplast[®] remplace Elastoplaste[®]

VENU
UNIQUEMENT
AUX PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ

LE NOM A CHANGÉ

Facilement reconnaissable à son packaging bleu, blanc et rouge, **Tensoplast[®]** garde les caractéristiques et les performances qui ont fait la notoriété d'**Elastoplaste[®]** auprès des professionnels de la santé et de générations de sportifs dans leur pratique quotidienne.

PARTENAIRE OFFICIEL ET FOURNISSEUR DE



A.M.C.F.P.

Association des Kinésithérapeutes des Clubs de Football Professionnel

Association des Médecins des Clubs de Football Professionnel

► Pour toute information, envoyez-nous un e-mail à : infos.produits.france@bsnmedical.com

BSN medical

BSN medical S.A.S - Entité Commerciale
25, boulevard Marie et Alexandre-Cyon - 72058 LE MANS Cedex 2 - FRANCE
Tél: 33 243 83 23 64 - Fax 33 243 83 23 48

BSN medical SAS au capital de 49 265 000 euros • Siège social: rue du Millénaire - BP 22 - 72220 Viorzy • SIREN: 434 018 990 - RCS Le Mans



au cœur des Organisations

Anne Lise Camiul

→ La gestion des compétences (suite) un exemple en rééducation



bonne personne à la bonne place». La cartographie des compétences donne les moyens d'identifier le(s) professionnel(s) expérimenté(s) qui saura(ont) gérer la situation dangereuse et produire les soins optimaux en un laps de temps réduit et dans les conditions les plus favorables pour le patient.

Compte tenu de l'évolution de l'hôpital et du système de santé, il devient nécessaire de rationaliser les coûts et de viser l'efficacité. La cartographie des compétences croisée avec l'effectif prévisionnel permet d'anticiper sur les ressources et compétences présentes. Elle devient l'un des outils de la planification des soins et de gestion des flux de patients. Elle peut être utilisée au cours des réunions de pré-admission en service de rééducation pour faire coïncider la présence des professionnels les plus compétents dans des domaines d'activité nécessaires au patient.

Cela permet d'optimiser le séjour du patient en établissement. Il ne s'agit pas de réduire son temps d'hospitalisation mais de l'optimiser en limitant les temps creux. La cartographie fait donc partie du panel d'outils à notre disposition pour anticiper et organiser les soins.

DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

La cartographie permettra aux professionnels de s'évaluer en regard des niveaux requis. Ils pourront définir et mettre en place les solutions d'amélioration de la qualité de leurs soins. Ils pourront constater leur évolution et définir les axes prioritaires (aux yeux de l'institution) pour les demandes de formation.

Le croisement des cartographies de l'unité permettra de valoriser les experts et d'identifier les novices. Cela devient le support des objectifs à atteindre, qu'il s'agisse de développer des techniques ou d'accompagner les nouveaux professionnels.

Les professionnels pourront utiliser le même type d'outil pour le suivi des étudiants en évaluant le niveau de compétence à l'arrivée et le niveau à acquérir avant la fin du stage.

La cartographie des compétences permet alors de valoriser une activité et donc de fidéliser les professionnels.

CH-HB Le Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont recrute 1 masseur-kinésithérapeute :

Recrutement en CDI
Kinésithérapie classique orthopédique et de maintien dans le cadre de l'activité d'un Service de Soins et de Rééducation
contact : Mme KANTORSKI, Directrice des soins
Tél : 03 21 08 15 26 / colette.kantorski@ch-henin.fr

Le Centre Hospitalier Saint Cyr de Villeneuve sur Lot (Lot-et-Garonne)
Recrute un Masseur-Kinésithérapeute temps plein pour son Service de Kinésithérapie

contact : Sylvie POISSON / 05 53 49 90 80
Adresser lettre de motivation et CV à : Jean-Marc ESCANDE / DRH
2 Boulevard Saint Cyr de Coquard / BP 319 / 47 307 Villeneuve sur Lot
ou par mail : sylvie.poisson@ch-stcyr.fr

MGEN Le Centre Médical Alfred Leune MGEN de SAINTE-FEYRE (23000) recherche :

Masseur-kinésithérapeute / CDI Temps plein dans le cadre du développement de ses activités de rééducation et de réadaptation (poste disponible immédiatement).

Convention collective FEHAP (Salaire brut mensuel débutant : 2 120€ + primes + possibilité reprise de l'ancienneté)
Renseignements auprès de M. PARPEIX 05 55 51 40 65

Adresser CV et lettre de motivation au
Centre Médical Alfred Leune MGEN,
M. Patrick COLO, Directeur,
4 les bains 23000 SAINTE-FEYRE

Vous souhaitez vous faire connaître...
... ou vous faire reconnaître, dans le domaine de la Santé, ou dans d'autres domaines.

Cithéa
COMMUNICATION

EDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE :
CITHÉA COMMUNICATION
178, QUAI LOUIS BLÉRIOT - 75016 PARIS
TÉL. 01 53 92 09 00
FAX : 01 53 92 09 02
CITHEA@WANADOO.FR

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Groupe Hospitalier
Villemin - Paul Doumer (60 - Oise)

Recherche :
1 Kinésithérapeute, 1 Ergothérapeute, 1 Psychomotricien
Pôle Gériatrie

Contact :
Magalie Lambert, Directrice des Ressources Humaines
Tel : 03 44 31 56 13
e-mail : magalie.lambert@vpd.aphp.fr

→ La gestion des compétences (fin)

DU POINT DE VUE MANAGÉRIAL

En rééducation, un constat quotidien émerge : les décrets de compétences, même s'ils ont le mérite d'exister, sont parfois incomplets ou obsolètes en regard de l'évolution des professions. La frontière entre certains corps de métiers est parfois mal définie. C'est souvent l'organisation ou le positionnement individuel qui entre en jeu dans la répartition des tâches. La démarche d'analyse des activités et des compétences permet aux différents professionnels de mieux comprendre l'intervention de l'autre et de mieux coordonner les actions. L'élaboration de cet outil devient l'un des supports aux échanges et à la répartition des missions partagées.

Le cadre de santé, outre les évaluations individuelles, pourra déterminer le niveau de compétence collective. Les axes prioritaires en termes de qualité des soins et de formation individuelle ou collective seront ainsi définis. Dans la démarche collective, grâce à un tel outil, le cadre pourra mesurer le degré de polyvalence des professionnels et ainsi solliciter les experts pour des missions spécifiques : tutorat de nouveaux professionnels, délégation de tâches...

Concernant la contractualisation horizontale où les services de rééducation se sont engagés à « produire » des soins, l'approche qualitative de la cartographie des compétences devient un élément de référence. Au-delà du quantitatif représenté par des quotités d'équivalents temps plein, la contractualisation entre pôles pourra être basée sur du qualitatif défini par les compétences à disposition. Des tableaux de bords spécifiques permettront de suivre l'évolution en corrélant leurs indicateurs aux relevés d'activités des rééducateurs.

DU POINT DE VUE STRATÉGIQUE

Dans le contexte de pénurie des professionnels de santé et pour répondre aux besoins de la population, les établissements s'inscrivent dans une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). L'anticipation sur les flux de professionnels (départs en retraite, mutations, démissions, recrutements...) doit prendre en compte que les départs d'experts sont souvent remplacés par l'arrivée de novices. Les critères de recrutement et les objectifs fixés à l'embauche peuvent contenir la maîtrise d'un niveau de compétences.

Au niveau de l'institution et en particulier dans l'élaboration des projets d'établissements, les projets de service peuvent se fonder sur les compétences présentes. Certaines orientations peuvent être données grâce à la

Anne Lise Camiul

spécialisation de professionnels dans des techniques spécifiques et nécessaires aux besoins des patients accueillis.

CONCLUSION

La démarche projet présentée ci-dessus contribue à la promotion et à la connaissance des professions de rééducation, par l'ensemble des intervenants auprès du patient et par les hiérarchiques. Par voie de conséquence, cette démarche participe à la reconnaissance professionnelle des rééducateurs. S'agissant d'un outil managérial, la cartographie des compétences apporte des éléments nécessaires au cadre de santé dans ses missions de gestion de ressources humaines, d'organisation et de qualité des soins. En outre, cette cartographie permet de mesurer des compétences individuelles et par conséquent, de développer des compétences collectives. Un tel outil s'intègre dans le pilotage stratégique d'un établissement de santé qui au-delà de la gestion du personnel, vise la gestion des ressources humaines et des compétences.

Un cadre issu de la même formation initiale que celle de l'équipe, fait appel à ses connaissances, à ses valeurs et aux outils issus de la littérature professionnelle (ex : référentiel de compétences). L'encadrement d'une équipe issue d'autres formations initiales ou d'autres filières, implique une démarche complémentaire. Manager une équipe pluriprofessionnelle requiert d'en connaître les philosophies, les objectifs, les spécificités... l'élaboration d'une cartographie des compétences, basée sur une démarche interprofessionnelle, peut optimiser le management quotidien.

Bibliographie

Pascale Gardent-gerbeaux, Ayed Benfradj, La contractualisation comme outil de management : exemples concrets, Kinéscope N°6, Octobre 2007.

Guy Le Boterf, « Construire les compétences individuelles et collectives », édition d'organisation, Paris, 2003.

Alain Meignant, Manager la Formation, Éditions Liaisons, 1997

Francis Mlinet, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, 2006.

Eric Roussel, Les référentiels : entre outils et processus, une démarche d'évaluation et d'organisation des pratiques professionnelles, Kinéscope N°7, Décembre 2007

Philippe Zarifian, « Objectif compétence pour une nouvelle logique », Paris, édition Liaisons, 1999.

<http://www.medef.fr>

Dictionnaire Larousse encyclopédique, Librairie Larousse, 1980, Allemagne, page 1541.

Référentiel d'activités et de compétences des ergothérapeutes, source ANFE, validation ministérielle le 15/01/2009.

NOUVEAU : + DE 140 PROGRAMMES EMBARQUÉS

BRAS DE FORCE
18 captations
de la force vertébrale

ÉCRAN
TECHNOLOGIQUE
Programmation
Feedback
Ergométrie

PLATEAU
LPG
Mobilisation
Force / vigilance

COLONNE
DE DÉCOMPRESSION
ET DE MUSCULATION

1435-3 - Kinéscope - FR - Siren 335 183 836 RCS Romans © Copyright 2008 Photo non contractuelle.

Huber-SpineForce® LA MACHINE DU DOS

La mobilité articulaire
associée à la motricité musculaire



N° Azur 0 810 786 900
COST D'UN APPEL VARIABLE SELON L'OPÉRATEUR TÉLÉPHONIQUE



www.huber-spineforce.com

Kinésithérapeutes salariés : Retrouvez la collection Kinéscope



et votre actualité professionnelle
sur www.cnks.org...

NOUVEAU
depuis
le 30 mars 2009

CNKS
Collège National de la Kinésithérapie Salariée

Collège National de la Kinésithérapie Salariée
L'organisation professionnelle des Kinésithérapeutes Salariés

Votre recherche

Accueil | Contacts | Plan du site

CNKS Le collège | **JNKS** Les Journées | **Profession** Formation / Métier | **Dossiers** Documentation | **Kinescope** La publication

Zoom

Rendez-vous aux prochaines journées de la Kinésithérapie Salariée :
JNKS Quimper 2010

Au cœur de la santé

- Lancement de la mission « cadres hospitaliers » (2) CNKS & UIPARM : rendez vous est pris !
- Lancement de la mission « cadres hospitaliers » (1) à l'écoute des cadres au sein de la gouvernance hospitalière
- Besoins en personnels paramédicaux des recommandations pour ajuster les effectifs en fonction des contextes
- Les réformes des SSR le nouveau PMSI et bientôt la T2A
- Loi HSPT des réformes à venir pour les territoires de santé

Actualités professionnelles

- Kinésithérapeute salarié : métier sensible ? la monographie
- Les professions de santé au 1er janvier 2008 Une enquête DREES
- La formation aux professions de santé en 2007 Une enquête DREES
- INFOS JURIDIQUE MACSF Lois et règles d'exercice
- JNKS 2009 En bref...et en résumés

Agenda

- JUIL 2009 INSTANCES Paris Assemblées générales et conseil d'administration
- OCT 2009 Forum formateurs La grande Motte un séminaire / forum interpro des formateurs
- MARS 2009 JNKS Annecy Territoires de santé et kinésithérapie

Expression-participation

- ENQUETE DENOMINATION PROFESSIONNELLE changer de nom ?
- ENQUETE ATTRACTIVITE Attirer et fidéliser les MK salariés
- LA PRESCRIPTION MK Trois ans après le décret

Espace membre correspondant

Code
Mot de passe

[Mot de passe oublié ?](#)

Les kinésithérapeutes salariés devenant membre correspondant CNKS bénéficient :
d'une protection juridique MACSF
d'une inscription à la newsletter
d'un abonnement gratuit à Kinescope
d'un tarif spécial pour les JNKS 2010

Devenir membre correspondant

kinéscope
L'ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

- Concept
- Dernier numéro
- Archives
- Abonnement
- Commande

...et devenez membre correspondant !