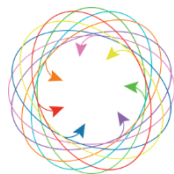


COOPERATIF-MK

LA LETTRE D'INFORMATION DES FORMATEURS MASSEURS-KINESITHERAPEUTES



Les journées InterIFMK d'aquitaine :

Un exemple de coopération régionale



1^{er} congrès international de l'IFMK de la Croix-Rouge de Bègles :

Un partage d'expériences internationales en gériatologie.



ENPHE spring seminar vers une coopération Européenne des formations en physiothérapie.



Un serious Game pour les étudiants européens en Physiothérapie. Un exemple de coopération Européenne.



Recette locale : Les cannelés de « Mamie Simone »

Editorial

La coopération est un enjeu majeur pour les formateurs afin de faire face à la charge de travail croissante en lien avec la réingénierie, l'évolution attendue de la formation à et par la recherche ainsi que l'intégration des nouvelles possibilités pédagogiques offertes par la révolution numérique.

Alors comment coopérer afin de bâtir des dispositifs de formations à la fois efficaces et innovants au service de la formation de futurs kinésithérapeutes efficaces, réflexifs et ouverts sur le monde ?

C'est ce questionnement qui est à l'origine de la création de notre association, en attente de nom.

Dans cette newsletter, nous avons donc souhaité présenter différentes expériences de coopérations menées récemment :

- Régionales avec les journées inter-IFMK
- Internationales avec :
 - le 1^{er} congrès international de l'IFMK de la Croix-Rouge de Bègles,
 - la création du 1^{er} Serious Game à destination des étudiants Européens,
 - la participation au « spring seminar of Porto 2017 » organisé par l'ENPHE.

Nous avons aussi souhaité donner la parole aux étudiants au travers de témoignages et d'articles résumant des interventions en congrès.

Je vous souhaite une bonne lecture !

Bruno ALBOUY IFMK Croix-Rouge Bègles

Bienvenue à nos nouveaux confrères !



Actualités

➤ ENPHE CONFERENCE

22-23 Septembre 2017

Reykjavik Iceland

Lien : <http://enphe2017.com/>

➤ EUROPEAN PETRHA CUP

13-14-15 octobre 2017

Bordeaux / Bègles

Lien : <http://petrha.eu/inscription/>

J2I : Une expérience de coopération inter IFMK au sein de la région Aquitaine

Séverine Despons Formatrice IFMK de la Croix-Rouge à Bègles

Résumé : Cet article décrit succinctement l'organisation et la mutualisation d'enseignements entre trois instituts de Formation en masso-kinésithérapie de la région Aquitaine.

Mots-clés : Réingénierie, coopération, IFMK, Aquitaine

Cette année les instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) de Bordeaux (33), Bègles (33) et Dax (40) organisent pour la 2^{ième} fois les Journées Inter IFMK pour les étudiants de 1^{ière} année de chacun des 3 IFMK. 120 étudiants ont donc assisté à ces manifestations.

Ces trois journées sont organisées sous un format congrès (interventions plénières le matin et ateliers l'après-midi). Le repas est organisé par les étudiants de l'établissement d'accueil.

Les éléments de contenu choisis sont :

- pour Bègles : Méthodes et outils visant à assurer la qualité et la sécurité des soins ;
- pour Bordeaux : Maladie, handicap, rééducations et réadaptation ;
- pour Dax : Philosophie et éthique en masso-kinésithérapie.

Ces trois thèmes permettent donc aux étudiants de valider une partie des éléments de contenu de l'UE1 (Santé publique) et de l'UE2 (sciences humaines et sociales) au cours du 2^{ième} semestre. Les modalités d'évaluation de ces journées consistent en :

- L'écriture en groupe de 10 étudiants d'un article à propos d'une conférence et d'une table ronde pour les journées de Dax et Bordeaux ;
- La réponse à un QCM sur le contenu de la journée à Bègles.

Nous détaillons ci-après, en guise d'exemple, le programme de la journée organisée par l'IFMK de la Croix-Rouge de Bègles.

La matinée est dédiée aux conférences avec pour objectif l'apport de connaissances sur les thématiques abordées.

- Conception et mise en œuvre d'une démarche qualité adaptée à l'exercice professionnel. Amélioration continue de la qualité des soins. (Fanny Vignolles Qualiticienne)
- Les règles de la traçabilité : les critères de la traçabilité des soins et les transmissions interprofessionnelles, dossier du patient et outils de communication. (Virginie Massaut MK Master 2 Management)
- Prévention des risques, gestion des événements indésirables. Prévention des maladies nosocomiales. (Virginie Massaut MK Master 2 Management & Séverine Despons MK Master 2 Sciences de l'éducation)
- Normes et recommandations de bonne pratique, « Evidence Based Practice » (Matthieu Guemann MK, Master 2 Sciences Cognitives)

L'après-midi est organisée sous forme d'ateliers pratiques de 30 min auxquels ont participé tous les étudiants :

- Chambre des erreurs et atelier hygiène (Désinfection des mains par friction hydroalcoolique) ;
- Staff morbi-mortalité ou comités de retours d'expérience (Crex) ;
- Atelier Traçabilité, Transmission et Communication ;
- Atelier Evidence Based Practice.

En conclusion, ces journées sont non seulement un moyen de mutualiser nos moyens de formation entre IFMK, mais également l'occasion d'échanger durant ces journées entre étudiants et formateurs des 3 IFMK de la région (ancienne Aquitaine)

Vous pouvez par ailleurs découvrir l'organisation de la journée inter IFMK de Dax en consultant l'article :

Messina, M., Dunogier, R., Dupont, A., Favarel, F., Gindre, R., Goutière, M., Leplat, A. (2016). Journée inter-IFMK « Philosophie et éthique en masso-kinésithérapie », Dax le 20 mai 2016. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 69-71. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.09.026>

1^{er} Congrès international IFMK Croix-Rouge Bègles 10 et 11 mars 2017

*Approches interprofessionnelles en
gérontologie : expériences innovantes*

Bruno Albouy Formateur IFMK de la Croix-Rouge à Bègles

Résumé : Le 1^{er} congrès international de la Croix-Rouge de Bègles a permis de partager des expériences canadiennes, espagnoles et française d'évaluation et de prise en soins interprofessionnelles des personnes âgées ainsi que de nombreuses expériences régionales sur la thématique gériatologique.

Mots-clés : Gériatologie, Intégration, Interprofessionnalité, Evaluation gériatrique standardisée, Education thérapeutique

Ouverture (Hélène PELEGRIS / Directrice de l'IFMK, Patrick DEHAIL / Vice-Doyen UFR Sciences Médicales BX, Yves COUTURIER / Ph.D Sciences Humaines appliquées Sherbrooke-Canada)

Après une présentation du congrès par Hélène PELEGRIS (directrice de l'IFMK de la Croix-Rouge de Bègles), Patrick DEHAIL (Vice-Doyen UFR Sciences Médicales BX) met en lien les thématiques du congrès, la réingénierie des études de masso-kinésithérapie et le projet de conventionnement en cours entre les IFMK d'Aquitaine et la faculté de Bordeaux ainsi que les perspectives pour notre profession.

Définitions du Concept d'intégration / Expérience au Québec / Outils numériques québécois (Yves couturier / Ph.D Sciences humaines appliquées-Université de Sherbrooke-Canada)

Yves couturier nous présente l'organisation du système sanitaire et social Québécois pour la prise en soin des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il développe le concept d'intégration des systèmes de santé¹.

L'intervention est relatée dans un des articles suivant réalisé par des étudiants de l'IFMK de Bègles ayant assisté à la conférence.

Expérience espagnole d'évaluation gériatrique globale : VGI ou valorisation gériatrique intégrale (Ana Ibanez et Maria Ortega / MK-Université Publique de Navarre-Espagne)

Nos collègues de l'UPNA nous présentent ici leur expérience de l'évaluation gériatrique standardisée ainsi que le choix des outils qui seront par ailleurs présenté concrètement en atelier le lendemain. Nous retenons de cette intervention l'intérêt pour notre profession d'intégrer dans l'évaluation gériatologique des tests et échelles validés et reconnus internationalement qui investiguent les champs cliniques et sociaux.

Modèles d'intégration en France : MAIA et PAERPA (Olivier Frezet / Maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle, Laurence Tuaillon-Lassalle / Responsable Plateforme Autonomie Seniors-mairie de Bordeaux)

Ces acteurs de l'accompagnement des personnes âgées fragiles clarifient les modèles d'intervention existant tout en pointant le nombre de dispositifs présents en France ainsi que la complexité vécue par les acteurs sanitaires et sociaux et les usagers qui souhaitent les utiliser. Ils notent aussi une répartition inégale des moyens sur le territoire.

Retour d'expérience sur l'unité d'évaluation gériatrique pluri-professionnelle dans la cité (Dr Marie-Neige Videau / CHU Bordeaux)

Marie-Neige Videau nous fait part de l'expérience de cette équipe pluri-professionnelle en termes d'évaluation gériatrique standardisée.

Un outil interdisciplinaire : Dossier Médical Partagé (Katia Pennequin / Pôle Téléservices - CPAM Gironde)

L'interdisciplinarité en soins de ville ne peut se mettre en œuvre efficacement sans un dossier du patient partagé. Katia Pennequin fait un point sur les évolutions et le développement du DMP détaillé dans un article dédié ci-après.

L'inter-professionnalité : une expérience en formation initiale (Martine Fontaine / ARS

¹ Couturier, Belzile, et Bonin, *L'intégration des services en santé*.

Nouvelle Aquitaine)

L'interprofessionnalité ne dépend pas que des outils, c'est un état d'esprit qui passe notamment par la connaissance et la reconnaissance des compétences des autres professionnels des champs sanitaire et social. Afin d'initier, de faciliter, de renforcer ce désir de coopération, l'ARS Nouvelle Aquitaine coordonne des séances de travaux dirigés qui regroupent des étudiants et formateurs de différentes écoles de la région. Ceux-ci pendant cinq jours vont construire ensemble un plan d'action en relation avec une situation qui leur est proposée puis le présenter à un jury.

Décloisonnement des parcours de soins: interactions des structures sanitaires et médicosociales avec la médecine de ville (Mickaël Mulon / MKDE-Président URPSMK Nouvelle Aquitaine)

Cette intervention est détaillée ci-après dans un article dédié réalisé par des étudiants ayant assisté à l'intervention.

Table ronde : parcours de la personne âgée en perte d'autonomie (David Marteil / MKDE-CHU Bordeaux, Cécile Méau / Pilote CLIC-CTA Bordeaux, Carole Pedezert/ Assistante Sociale-CHU Bordeaux, Elise Pinet / ERGODE-CHU Bordeaux, Catherine Chemin / Coordinatrice d'appui social-Bordeaux)

Cette intervention est détaillée ci-après dans un article dédié réalisé par des étudiants ayant assisté à l'intervention.

Education Thérapeutique du Patient : « Autour de la chute » (Béatriz Romera / MKDE-CHU Bordeaux, Elise Pinet / ERGODE-CHU Bordeaux)

Cette intervention relate une expérience innovante d'éducation thérapeutique de patients hospitalisés suite à une chute. Cette thématique a été concrétisée par un atelier le lendemain.

Création d'un projet transversal d'Education Thérapeutique du Patient au sein de 4 Maisons de Santé Pluri professionnelles (Dr Julie Mackelbert / MSP St Caprais de Bordeaux)

Cette intervention relate cette expérience.

Quelle approche kinésithérapique en interdisciplinarité pour un patient présentant un déficit cognitif modéré ? (Fabien Garnier / étudiant en 3^{ème} année MK-Bègles et Marthe

Magana / MKDE-Fondation John Bost-La Force)

Cette intervention qui relate une expérimentation d'un étudiant dans le cadre de son mémoire en relation avec l'institution et le tuteur de stage fait l'objet d'un article dédié ci-après.

Dispositifs numériques innovants en formation initiale et continue : **programme PETRHA**

- Entraînement à la démarche clinique en gériatrie (Bruno Albouy / MKDE-formateur IFMK Croix-Rouge-Bègles). Ce thème fait l'objet d'un large développement dans cette newsletter.

- **MOOC prévention des chutes** (Maryvonne Le Saux Tallier / Ph.D Responsable TIC IRFSS Croix-Rouge-Bègles). Cette intervention décrit le projet de création d'un MOOC de formation à la prévention des chutes chez les personnes âgées à destination des aides à domicile.

Intervention conclusive du Grand Témoin (Rémy Haneuse / MKDE-EHPAD Terre Nègre-Bordeaux)

Synthèse de la journée.

Intégration des services de santé au Québec

Résumé de Conférence : Yves Couturier, PhD, chercheur département de travail social

Thanh-Long Marangone, Frédéric Long, Guillaume Gisclon, Maxime Jausseme étudiants IFMK de la Croix-Rouge à Bègles

Résumé : Compte rendu de conférence relatant l'expérience d'intégration des systèmes de santé au Québec en gérontologie.

Mots-clés : Gérontologie, Intégration, Système de santé, Interprofessionnalité, Québec

L'inspiration du modèle de santé Canadien a abouti en France à la « mesure IV », donnant naissance au MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie), qui est un dispositif d'intégration des services pour personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle. Ce choix politique est induit par trois tensions conjoncturelles : démographique (papy-boom), épidémiologique (maladies chroniques) et réformatrice du système de santé (intégration de services).

L'intégration est devenue l'un des maîtres mots, des références de pensée en matière de réforme publique de santé. Respectant quelques principes

fondamentaux, comme le caractère inter-relié des besoins ou des solutions inter dépendantes pour répondre aux besoins des usagers, qui vont au-delà de la simple prise en charge de la maladie du patient, l'action canadienne se projette sur toute la population, et cherche à être productrice de santé. Fort des enseignements de la Charte d'OTTAWA (approche populationnelle) et de la pyramide de KAISER (gestion des soins), l'approche fonctionnelle intégrée canadienne exploite au travers du « Chronic Care Model » un système collaboratif tri partite entre le social, la santé et l'utilisateur (demandeur de soin ou non) afin de faire valoir ce dernier dans sa globalité sociétale. Cet usager est par ailleurs consulté pour prendre des décisions cliniques de manière conjointe aux professionnels de santé.

Dans cette optique, il est primordial de créer un contexte favorable en intégrant durablement et avec cohérence toutes les composantes (acteurs du privé, du public, les associatifs, les familles) dans le système d'intervention de santé. Des mesures de collaboration horizontales (interprofessionnelle, intersectorielle) et verticales (gestion, intervention et recherche) sont adoptées par les politiques communes. Ces dernières s'alignent avec plus ou moins de difficultés, relatives aux intérêts de certains groupes (politiciens notamment).

Pour y parvenir, il faut intégrer sur 6 niveaux² : systémique, organisationnel, professionnel, clinique, normes communes et intégration fonctionnelle. Cette démarche permettrait de lier tous les acteurs de production de santé au travers d'expériences de soins positives et de production de santé chez les non demandeurs avec une contrainte d'efficacité budgétaire.

Ce système d'intervention de santé existe au Québec : fondé sur 33 organisations (services de santé et services sociaux) intégrées couvrant tout le Service Public, allant par exemple de l'aide à domicile, aux soins palliatifs en passant par la prévention en santé ou en social.

Pérenniser ce système est un challenge qui passe par une continuité dans le suivi (relationnel, informationnel et dans l'approche du système)

découlant d'une coordination permise. Le modèle « PRISMA », étudié en mode quasi-expérimental, a montré les effets de cette stratégie.

Les coordinations sont soit « ordinaires » (gestion classique des interdépendances par ajustement mutuel), soit « dédiées » avec un coordonnateur unique, le gestionnaire de cas, qui suit un usager comme par exemple un patient atteint d'une maladie chronique. Le gestionnaire de cas participe pleinement à cette intégration au travers d'un Plan de Services Individualisé (PSI). Il évalue les besoins de ce patient dans sa globalité. Pour cela, il utilise un outil d'évaluation validé scientifiquement (contrairement à l'AGGIR en France) répondant à des intérêts tout autant cliniques qu'administratifs : le SMAF, ou Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle, qui permet de statuer sur 89 items et produisant un « profil iso-SMAF » du patient (sa capacité fonctionnelle et ses compensations, identifications des écarts par rapport à ses besoins, mesure qualité...). En regard de ce profil établi, le gestionnaire de cas planifie, organise et coordonne les services adéquats, voire prioritaires, à la prise en charge du patient, évitant ainsi tout parcours de soin et/ou social inadapté (équité de santé et efficacité des coûts). Il répond à un besoin réel de suivi en informant chaque professionnel de la situation actualisée du patient et demeure autant l'interlocuteur des Pouvoirs Publics que le référent unique et durable de l'utilisateur, qu'il peut par ailleurs défendre si nécessaire.

Dans ce cadre, l'utilisateur peut alors s'exprimer, se faire écouter, être considéré et devient ainsi un partenaire fort de l'équipe soignante en s'impliquant à divers degrés d'échanges³.

Ce modèle PRISMA à 6 composantes simplifie les démarches : existence d'un guichet unique pour toutes prestations du Service Public, personnalisation du parcours de services, facilitation des concertations et décisions. Il enregistre ainsi des conséquences bénéfiques⁴ sans surcoût des dépenses publiques : satisfaction globale augmentée au travers des visites aux Urgences et hospitalisations diminuées (évitant

² Valentijn, Biermann, et Bruijnzeels, « Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies ».

³ Shier, « Pathways to Participation ».

⁴ Hébert et al., « Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study ».

par conséquent les risques nosocomiaux), une autonomie fonctionnelle accrue, etc.

Ce modèle de santé au Québec met en relief la complexité du parcours labyrinthique de santé en France où la difficulté reste de cheminer dans un système à multiples couches indépendantes les unes des autres et où les besoins de tous les acteurs y restent inexplorés. De plus, le saupoudrage de budgets publics demeure inefficace, entraînant un endettement étatique.

L'utilisation d'outils validés tel que la SMAF est à l'origine du choix du Resident Assessment Instrument (RAI) par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour les gestionnaires de cas en France⁵.

Le dossier médical partagé (DMP)

Résumé de Conférence : Katia Pennequin / Pôle Téléservices - CPAM Gironde

Anthony Corbière, Cédric Bonnot étudiants IFMK de la Croix-Rouge à Bègles

Résumé : Compte rendu de conférence concernant les évolutions récentes du dossier médical partagé et les perspectives de déploiement en Gironde.

Mots-clés : DMP, Gironde, Dossier médical partagé

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un dossier médical informatisé, sécurisé et facultatif, proposé aux bénéficiaires de l'assurance maladie, il est encore expérimental. Sa création exige le consentement du patient. Il contient les documents et informations médicales qui renseignent les professionnels de santé sur l'état du patient. Le DMP est estimé utile pour la coordination des soins, il n'est pas exhaustif et ne se substitue pas au dossier professionnel.

OBJECTIFS

Il permet d'améliorer la continuité et la permanence des soins, de contribuer à leur qualité. Il rend le parcours de soins et les pratiques pluridisciplinaires plus fiables tout en plaçant le patient au cœur du dispositif médical.

ACCESSIBILITE

Le DMP est accessible par les professionnels de

santé qui prennent en soin le patient mais également par le patient. Il peut être consulté sur tout le territoire français avec le consentement verbal du patient et sans consentement en situation d'urgence (la consultation sera tracée).

CONTENANCE

Ce dispositif gratuit permet le partage des volets de synthèse médicale, des traitements en cours, des comptes rendus, des imageries médicales, des examens biologiques, des dispositifs de prévention, des certificats et déclarations ainsi que des historiques de remboursement de l'assurance maladie sur les 12 derniers mois.

AVANTAGES

L'accès immédiat aux informations médicales du patient est facilité, tout comme son suivi en cas de maladies chroniques ou de longue durée. Les professionnels peuvent disposer rapidement des informations en cas d'urgence ou d'hospitalisation. Le DMP permet d'éviter aux professionnels de prescrire des soins déjà demandés ou exécutés par des confrères, cela réduit les interactions médicamenteuses nocives. La collaboration ville-hôpital est facilitée par les fonctionnalités du dispositif.

FONCTIONNALITES

Le patient est acteur de son propre DMP, il a un code d'accès, peut partager les documents, les informations utiles à son suivi et permettre l'interaction à distance avec les professionnels de santé. Une fois que le professionnel a accès au DMP sous autorisation du patient, il accède à l'historique du patient.

Le DMP peut être consulté via le logiciel métier du praticien pour simplifier sa pratique et aussi via un site Web dédié sécurisé.

DEPLOIEMENT

L'objectif actuel est de tester le déploiement sur 9 CPAM du territoire afin de voir son efficacité et de l'étendre au niveau national durant le quatrième trimestre de 2017.

CREATION

Le DMP peut être créé via le logiciel DMP compatible ou via le site dmp.gouv.fr sur demande

⁵ CNSA, « Une première enquête sur les gestionnaires de cas présentée lors des rencontres nationales des pilotes MAIA ».

du patient.

Il est intéressant de noter que le patient peut créer lui-même son dossier s'il le désire (dans 9 départements seulement pour le moment mais sur l'ensemble du territoire fin 2017). Le dossier peut aussi être créé soit par un praticien soit au sein d'un établissement de santé.

LES DROITS SUR LE DOSSIER

Avec l'accord du patient, il est possible pour le professionnel de santé de consulter les documents, d'en déposer de nouveaux utiles (en rapport avec sa spécialité), de supprimer un des documents qu'il aurait déposé (sauf le médecin traitant qui peut supprimer n'importe lequel) ou de masquer un document à la demande du patient. Néanmoins, pour consulter le dossier, il faut obligatoirement une carte de professionnel de santé.

De plus le patient a une visibilité absolue sur son dossier, et dispose d'un accès pour quelque modification ou consultation.

CONDITION D'ACCES

Le patient peut consulter son dossier avec son identifiant, son mot de passe et un code à usage unique.

Le personnel soignant peut accéder au dossier uniquement si le patient lui a donné son approbation. En revanche il existe un chemin d'accès facilité en cas d'urgence si le patient ne s'y est pas préalablement opposé.

En cas d'urgence, deux possibilités d'accès. L'accès SAMU centre 15, le médecin peut consulter le dossier patient pour lequel il reçoit l'appel. L'accès « bris de glace » consiste à ce que chaque médecin puisse accéder au dossier patient s'il y a urgence vitale pour ce dernier (sauf si le patient a spécifiquement interdit l'accès au soignant).

Le décloisonnement des parcours de soins : *Interaction des structures sanitaires et médicosociales avec la médecine de ville*

Résumé de Conférence : Mickaël Mulon (MKDE-Président URPSMK Gironde)

Marina Kerembellec, Pauline Chiron étudiants IFMK de la Croix-Rouge à Bègles

Résumé : Compte rendu de conférence concernant les interactions des structures sanitaires et médicosociales avec la médecine de ville

Mots-clés : DMP, Gironde, Dossier médical partagé

SUR UN PLAN JURIDIQUE

Le décloisonnement se définit comme une « philosophie qui consiste à penser une discipline donnée dans sa globalité et non pas en la divisant en plusieurs sous-disciplines ». Avant 2009, le modèle traditionnel reposait sur la loi du 21 décembre 1941 et la loi du 31 décembre 1970 dite « loi BOULIN » qui se caractérisait par une structure régionale cloisonnée. On parle d'un double cloisonnement, le premier avec une séparation entre public et privé et le second caractérisé par une séparation entre le milieu sanitaire et les organismes médico-sociaux. En 2009, la loi du 21 Juillet rompt avec ce modèle et propose une approche plus globale du système de santé. Ainsi, on observe le début d'un décloisonnement législatif avec une fusion des ARH, de la DRASS, de la DDASS ainsi que de certains organismes de sécurité sociale comme les URCAM pour constituer les agences régionales de santé. L'objectif est de tendre vers un schéma unique où « les ARS vont avoir à organiser les secteurs public et privé, et également les structures médicosociales ». C'est le début du décloisonnement. Les parcours de soins vont également être coordonnés en confiant au médecin traitant « la coordination des différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins ». Le médecin traitant est placé au centre du système médical en référence à la loi instaurée le 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Selon l'ARS de Nouvelle Aquitaine, un parcours de soin se définit comme « la prise en charge

globale et continue des patients, au plus proche de leur lieu de vie ». Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé : l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Le parcours de soins n'est donc pas une création de la loi de santé du 26 Janvier 2016 mais cette loi crée le parcours de santé complexe : « le **parcours de santé complexe** est rattaché aux patients dont l'état de santé, de handicap ou dans une situation sociale particulière, rendent nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. Ce parcours est organisé autour de nouvelles structures que sont les plateformes territoriales d'appui (PTA).

SUR UN PLAN PRATIQUE :

Le kinésithérapeute possède des compétences multiples et un champ d'action très large. Ces compétences sont partagées et coordonnées avec les autres professionnels de santé. Aujourd'hui, la mise en place de système de coordination et de déclassement est encore **expérimentale**. En effet, l'organisation se veut locale et limitée. Il existe cependant différentes structures ayant pour rôle de mettre en relation les différents acteurs de santé gravitant autour du patient. Parmi eux :

- **Répertoire opérationnel des ressources** (annuaires locaux) : répertoire localement ou plus largement les professionnels disponibles et opérationnels.
- **SNMKR / FEHAP** : fédération de cliniques à but non lucratif qui permet d'ouvrir les plateaux techniques des centres de rééducation aux kinésithérapeutes libéraux
- **PRADO** : programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation de l'assurance maladie
- **PTA** : plateformes territoriales d'appui : système de coordination interprofessionnel → soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de soins complexes.

« Démence d'Alzheimer et apparentée » :

Approche kinésithérapique adaptée

Résumé de Conférence : Fabien Garnier / étudiant en 3^{ème} année MK-Bègles et Marthe Magana / MKDE-Fondation John Bost-La Force

Caroline THOREUX, Alicia TARICCO, Paul MARIA étudiants IFMK Croix-Rouge Bègles

Résumé : Compte rendu de conférence concernant le concept de réapprentissage moteur implicite dans le cadre de rééducation / réadaptation de personnes présentant des démences de type Alzheimer et apparentée. Cet article propose des principes concrets de prise en soins.

Mots-clés : Gériatrie, Démence, Rééducation, Réadaptation, Alzheimer

Marthe Magana et Fabien Garnier nous ont présenté une étude réalisée auprès de personnes âgées résidant en EHPAD atteintes de démence d'Alzheimer de stade 2 (déficit cognitif modéré).

Tout d'abord, il est utile de noter l'importance de l'atteinte hippocampique prédominante et primitive dans l'évolution de la maladie. L'hippocampe est une structure cérébrale complexe associée aux mécanismes de mémorisation consciente. Les structures cérébrales les plus tardivement lésées seraient, à l'inverse les structures archaïques tel que le cervelet siège des processus mémoriels inconscients et en particulier de la mémoire procédurale.⁶

Leur démarche a consisté en l'élaboration d'une nouvelle approche thérapeutique permettant de solliciter les processus mémoriels préservés pour être efficace du point de vue de la restitution des capacités motrices et même des apprentissages.

En effet, à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire constituée de médecin, psychologue, infirmiers, aides-soignants et éducateurs leur démarche s'est concentrée sur des apprentissages et des restitutions mémorielles inconscients au sein de laquelle la valorisation et la notion de plaisir ont pris une place motrice.

Une présentation des différents types de mémoires⁷ et de leur durée de stockage a permis

⁶ Belin, « Maladie d'Alzheimer et troubles neurocognitifs »; Collège des enseignants en neurologie, « Confusion et démences chez le sujet âgé ».

⁷ Atkinson et Shiffrin, « Human Memory »; Croisile, *Tout sur la mémoire*; Squire, « Declarative and Nondeclarative Memory ».

de mieux comprendre le processus de mémorisation. Ainsi, la mémoire est divisée en :

- Mémoire sensorielle (inconsciente, stockée pendant moins d'une seconde) ;
- Mémoire à court terme (acquise par répétition, réflexion, processus associatif et émotionnel, stockée pendant moins d'une minute) ;
- Mémoire à long terme (apparentée au « souvenir », stockage illimité) elle-même divisée en mémoire explicite (épisode si liée aux événements et sémantique si liées aux connaissances) et en mémoire implicite (inconsciente, liées aux activités automatisées).

La mémoire qui va intéresser le plus le kinésithérapeute face à une démence d'Alzheimer est donc la mémoire procédurale (acquisitions motrices automatiques). Dans la DTA, les mots et les moments ne permettant pas de faire remonter la mémoire, il faudra alors utiliser des procédures, des gestes et des émotions qui mettent en jeu des structures archaïques du cerveau.

Avant tout, quatre axes prioritaires de travail ont été définis :

- La prévention des chutes ;
- La conservation de la marche de façon qualitative et quantitative ;
- L'autonomie aux transferts ;
- L'activité qui rend heureux, pendant laquelle le patient à l'aide du kinésithérapeute peut apprendre avec plaisir et sans s'en rendre compte.

La problématique a donc été d'adapter les techniques kinésithérapiques habituelles pour augmenter leur efficacité en situation de DTA, c'est-à-dire de cibler la mémoire procédurale par des techniques d'apprentissage inconscient.

Le médecin prescripteur, le psychologue ainsi que les autres professionnels de santé vont

pouvoir travailler en interdisciplinarité afin d'avoir une vision globale de la personne prise en soin, de déceler les retentissements des troubles dans sa vie quotidienne ainsi que ses possibilités propres pour obtenir un projet personnalisé.

Parmi les méthodes d'apprentissage choisies on trouve l'apprentissage moteur implicite, qui consiste à solliciter la mémoire inconsciente de l'action. D'après Masters⁸ c'est « l'acquisition passive d'un répertoire de mouvements sans accumulation correspondante de connaissances ou de règles explicites et verbalisables ».

Les techniques utilisées sont :

- L'apprentissage « sans erreur », approche ascendante ou « bottom-up ». Les 3 étapes sont la simplification, la répétition et la reconstruction. Elles offrent des conditions de réussite permanente. Avantages psychologiques ++ en raison de la confiance accrue ;
- Les analogies et instructions indirectes. Instructions sous la forme de métaphores ludiques plutôt que de consignes explicites et utilisation du mimétisme (à différencier de l'imitation car ici les deux personnes font le geste en même temps).⁹ ;
- Le focus externe de l'attention. Par exemple, on peut symboliser des pas au sol pour permettre à la personne de ne pas se focaliser sur son corps.¹⁰ ;
- La perception marginale, utilisée à l'origine dans le milieu sportif. On simplifie puis on complexifie de manière imperceptible la tâche.¹¹

La séance individuelle type est divisée en quatre phases : le thérapeute va d'abord chercher le patient dans sa chambre et l'invite à venir avec lui (phase de prise en main), le patient est ensuite sollicité sur le cycloergomètre, la marche et l'équilibre dans les transferts (phase de travail), puis ils retournent ensemble à la chambre (phase de retour au calme).

⁸ Masters, « Knowledge, Knerves and Know-How ».

⁹ Chauvel et al., « Utilisation des processus mnésiques non déclaratifs et automatiques dans l'apprentissage moteur » ; Maxwell et al., « The implicit benefit of learning without errors » ; Poolton, Masters, et Maxwell, « The relationship

between initial errorless learning conditions and subsequent performance ».

¹⁰ Poolton et al., « Benefits of an external focus of attention ».

¹¹ Masters, Maxwell, et Eves, « Marginally perceptible outcome feedback, motor learning and implicit processes ».

Les axes prioritaires de travail vont être sollicités par différents exercices tels que :

- La descente et le relevé au sol par les Niveaux d'Évolution Motrice (NEM) afin d'appriivoiser la peur de la chute ¹² ;
- La marche, pour laquelle le schéma et le périmètre vont être travaillés ;
- Les transferts assis-debout en répétition et en progression ;
- Le vélo, qui permet de retrouver des émotions positives liées à la petite enfance.

En conclusion, cette rééducation montre des résultats intéressants sur l'équilibre, la marche et l'autonomie aux transferts assis-debout. L'utilisation de tests référencés (Tinetti, Timed Up and Go, Vitesse de marche sur 10 mètres et test d'appui unipodal) a permis d'observer une diminution du risque de chute. Elle permet également d'offrir un moment ludique et agréable pendant lequel le patient est en situation de réussite.

A plus long terme, il s'agira de créer un groupe de maintien des acquis et d'en définir les critères, de trouver des activités nouvelles ainsi que des professionnels engagés.

Le projet de serious game PETRHA (Physiotherapy E-Training Re-Habilitation) est né d'une initiative de l'IRFSS de la Croix-Rouge de Bègles dans le cadre d'un appel à projet ERASMUS+ remporté en 2015. Quatre autres partenaires ont contribué à son développement : 2 universités européennes, l'Université Publique de Navarre (UPNA -Tudela, Espagne) et l'Institut Polytechnique de Porto (IPP- Porto, Portugal) – Interaction Healthcare (entreprise spécialisée en informatique médicale, France) - la mairie de Bègles.

La collaboration a démarré en septembre 2015, la phase conceptuelle est maintenant achevée et le logiciel est en développement.

Les premiers tests effectués par 15 étudiants, des formateurs issus des trois écoles de physiothérapie impliquées et les pilotes du projet pour l'entreprise qui assure la conception informatique ont eu lieu la semaine du 22 au 26 mai 2017.

Il s'agit d'un jeu en ligne qui sera accessible sur notre site web dédié : www.petrha.eu, 10 cas cliniques seront en démonstration et libre d'usage. Les écoles qui souhaitent créer des cas ou faire bénéficier à leurs étudiants d'autres cas cliniques devront créer un compte.

Une fois connecté, le joueur pourra personnaliser son compte et choisir un cas clinique. La résolution du cas s'effectuera en trois grandes phases :

- Investigation,
- Etablissement d'un diagnostic kinésithérapique,
- Détermination des objectifs.

Concernant l'investigation, l'étudiant pourra :

- Accéder au dossier du patient,
- Réaliser un entretien à l'aide de mots clés permettant la sélection des questions et l'obtention de la réponse du patient. La conversation dans la première version du jeu prendra la forme d'un tchat.
- Réaliser un examen clinique en choisissant un outil comme par exemple un goniomètre et en le posant sur une région de la silhouette présentée ou en accédant à différents tests et échelles.



European Serious Game : PETRHA

Bruno Albouy, Alejandro San Juan, Rui Macedo, Alan Le Coniat, Sophie Alex, Maryvonne Le Saux Tallier

Résumé : Comment permettre l'entraînement des physiothérapeutes au raisonnement clinique en Gériatrie ? Comment l'évaluer ? Comment mutualiser les expériences ? Comment susciter de l'émulation, de la coopération entre formateurs, écoles et étudiants ? Le serious game PETRHA propose une solution ludique.

Mots-clés : Physiothérapie, raisonnement clinique, Gériatrie, Serious game, Europe, PETRHA

¹² Brika, Mourey, et Kubicki, « Relever du sol et maladie d'Alzheimer ».

Tout au long de cette phase de bilan, l'étudiant ajoutera à son notepad les informations qu'il juge pertinentes. Chaque information recueillie enlèvera un point de crédit d'action.

Ces informations seront ensuite utilisées afin d'établir un diagnostic kinésithérapique. L'étudiant devra choisir et prioriser au maximum 3 déficiences, 3 limitations d'activité, 2 restrictions de participation, 2 facteurs contextuels favorisants et 2 facteurs contextuels limitants¹³.

Les items sélectionnés pour le diagnostic seront ensuite utilisés pour l'établissement d'objectifs. Le joueur devra choisir puis prioriser au maximum, un objectif final, deux objectifs intermédiaires et trois objectifs initiaux. La formulation de l'objectif en relation avec l'item du diagnostic choisi sera proposée par l'étudiant sous forme de texte libre en vue d'une régulation ultérieure du formateur.

Durant l'ensemble de ce processus, le joueur est chronométré.

Le score final est lié à la pertinence du recueil initial d'informations, du diagnostic et des objectifs et du crédit d'action utilisé et du temps passé.

Un feedback est présenté à l'étudiant sur ces 5 points, exprimé en pourcentage du score maximum pour le cas traité. L'étudiant pourra aussi visualiser le nombre de fois où ce cas clinique a été joué, le score moyen obtenu par les joueurs et le meilleur score.

Les formateurs pourront aussi créer des cas cliniques à l'aide d'une interface de type « back office ».

Le teaser de présentation est disponible [ICI](#).

Les 10 cas cliniques initiaux seront disponibles en Anglais, Espagnol, Français et Portugais.

L'IRFSS de la Croix-Rouge de Bègles accueillera 50 étudiants Européens pour la EUROPEAN PETRHA CUP les 13, 14 et 15 octobre 2017. Le programme de ce week-end ainsi que le formulaire d'inscription est disponible sur le [site web petrha.eu](http://petrha.eu).

Le développement de collaborations avec d'autres écoles et universités intéressées devrait permettre

d'augmenter le nombre de cas cliniques, y compris en d'autres langues, d'ouvrir le jeu vers d'autres spécialités de la kinésithérapie et enfin d'améliorer cette première version.

La présentation de PETRHA dans le cadre du séminaire de printemps de l'European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) et l'enthousiasme qu'elle a suscité nous rend optimistes quant à la capacité de la profession à développer une vraie collaboration internationale permettant la mise en place de dispositifs pédagogiques innovants au service de la formation des futurs physiothérapeutes.

ENPHE : Témoignages

La Physiothérapie Européenne en marche !

Bruno Albouy, Estelle De Temmerman IFMK Croix-Rouge Bègles

Résumé : Témoignages de formateur et d'étudiant concernant leur déplacement au séminaire de printemps de l'European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) à Porto les 11,12,13 mai 2017.

Mots-clés : ENPHE, PHYSIOTHERAPY, EUROPE, SEMINAR, PORTO,

Point de vue du Formateur (Bruno Albouy)

L'IFMK de l'institut de Bègles est membre de l'ENPHE depuis 2014.

C'est aussi le cas de nos deux partenaires universitaires européens sur le projet PETRHA, l'UPNA et l'IPP organisateur de cette manifestation.

Quelle belle occasion de présenter PETRHA et d'annoncer la European PETRHA Cup !

Cette présentation a été réalisée en trois temps :

1. Présentation par Estelle De Temmerman étudiante K2 de l'IFMK de la Croix-Rouge de Bègles du Teaser à destination des étudiants ;
2. Réponse aux questions par Alejandro San Juan professeur à l'UPNA et Rui Macedo professeur à l'IPP ;
3. Présentation de l'interface de création des cas aux formateurs présents par Alejandro San Juan et moi-même.

¹³ World Confederation for Physical Therapy, « Diagnosis in physical therapy »; Weltgesundheitsorganisation,

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

Cette présentation a suscité un vif intérêt et de nombreux questionnements riches d'enseignements pour nous.

Nous avons pu côtoyer de nombreux étudiants et formateurs issus de différents pays d'Europe. La France était certes représentée mais peu au regard du nombre d'écoles françaises et comparativement à, par exemple, la Hollande. Peut-être dans la continuité de notre intégration du processus de Bologne pouvons-nous progressivement accroître notre participation et notre coopération aux réflexions concernant la physiothérapie européenne.

Les ateliers : *Internationalisation; Research; Facilitation of Learning; Practice Based Learning ; Professional Issues*, ont permis de riches échanges d'expériences. La tolérance notamment du niveau de langue est grande et la prise de parole de chacun est encouragée.

Pour ma part, cela a été un vrai émerveillement que d'observer, loin des perspectives de replis nationalistes, ces jeunes européens, échanger, réfléchir, interagir et s'amuser ensemble.

Je vous encourage donc vivement à tenter l'expérience et à représenter ainsi les couleurs de la kinésithérapie française.



Point de vue de l'étudiant (Estelle De Temmerman)

Petit retour sur ma semaine à Porto...

Je m'appelle Estelle De Temmerman et je suis en 2^{ème} année de Masso-Kinésithérapie à l'Institut Régional Sanitaire et Social de la Croix-Rouge Française de Bègles.

Je suis actuellement la représentante des étudiants de mon école au sein de l'ENPHE (European Network of Physiotherapy in Higher Education). C'est dans ce contexte que j'ai eu l'opportunité de me rendre au séminaire de printemps de l'ENPHE se déroulant à Porto du 10 au 13 mai 2017. J'ai ainsi pu présenter aux étudiants et professeurs européens le projet Petrha par l'intermédiaire d'un teaser réalisé par les responsables du jeu. Les étudiants ont été très réactifs à la suite de la diffusion du teaser et ont posé beaucoup de questions. J'ai aussi eu de nombreux retours positifs tout au long de la semaine.

Lors de ces quelques jours j'ai eu la chance de pouvoir rencontrer d'autres étudiants en kinésithérapie venant de toute l'Europe : Pays-Bas, Finlande, Autriche, Turquie, Danemark, France, Suisse, Islande, Espagne, Portugal... j'en oublie certainement. Nous avons pu échanger sur nos différents modes de vie et sur les différents modes d'apprentissage de nos écoles respectives dans une ambiance incroyable ! La bonne humeur, les rires et la fraternité furent présents toute cette semaine.

J'ai bien peur d'avoir attrapé le virus véhiculé par l'ENPHE : celui qui donne à chaque fois un peu plus envie de repartir pour retrouver ces amis et collègues venus d'ailleurs. Ces rencontres m'ont permis d'ouvrir les yeux et de prendre conscience qu'il y a en dehors de nos frontières tant d'autres choses à découvrir et tant à apprendre des autres.



PETHRA Summer Class Tudela : Témoignages

La physiothérapie Européenne en marche !

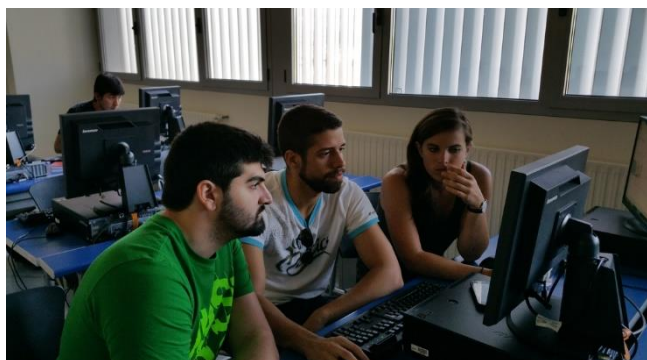
João Pereira, César Nataro, Isa Silva, Fernando Vinatea Samperio, Mikel Mendioroz, Margaux Potiez, Baptiste Gérard, Roméo Alquier étudiants Européens en physiothérapie.

Résumé : Témoignages d'étudiants espagnols, français et portugais sur la PETRHA SUMMER CLASS : séminaire de test du serious game dédié à l'entraînement des étudiants en physiothérapie à la démarche clinique en gériatrie. Cette semaine de travail a eu lieu à Tudela du 22 au 26 mai 2017.

Mots-clés : PETRHA, PHYSIOTHERAPY, EUROPE, SERIOUS GAME, GERIATRIE, RAISONNEMENT CLINIQUE

Le but du serious game PETRHA est de créer un langage universel entre les physiothérapeutes des différents pays et d'améliorer leurs compétences dans le raisonnement clinique.

Pendant 5 jours, les professeurs et les étudiants de l'UPNA, l'IPP et l'IFRSS de la Croix-Rouge se sont retrouvés à Tudela en Navarre dans le but de tester la version pilote de ce jeu. Chaque jour, les étudiants jouaient et débattaient ensemble des possibles améliorations qui pouvaient être apportées pour la version finale qui sera présentée lors de la European Petrha Cup en octobre 2017 à Bordeaux (France). Malgré les différences de cultures, de langues et de points de vue, le groupe a su dépasser ces barrières et travailler en parfaite harmonie. Ainsi l'équipe a pu mettre en commun des idées et des connaissances afin de perfectionner certains aspects du jeu comme l'interface, le design, le système de points, les cas cliniques et les règles.



L'esprit durant cette phase de tests a généré une excellente ambiance au sein du groupe. Ensemble nous avons découvert la culture de Navarre en traversant le désert des Bardenas Reales et en visitant la ville de Tudela. Nous avons aussi pu

nous retrouver autour des fameux « Pintxos » agrémentés de « cañas » et du « patxaran » local.

Le groupe espère que le même esprit animera tous les événements PETRHA !

Invitation : European PETRHA Cup

Sophie Alex, Chloé Ducourneau IFRSS Croix-Rouge Bègles

Résumé : Invitation European PETRHA CUP

Mots-clés : PETRHA CUP, PHYSIOTHERAPY, EUROPE, SERIOUS GAME, GERIATRIE, RAISONNEMENT CLINIQUE

Etudiants et enseignants physiothérapeutes d'Europe, nous vous invitons à participer à la première European PETRHA Cup qui se déroulera du 13 au 15 octobre 2017 à Bordeaux – Bègles (33).

Lors de cette compétition des étudiants en masso – kinésithérapie s'affronteront sur le serious game développé dans le cadre du projet PETRHA. Ils devront, en un temps imparti et après s'être entraînés, développer une démarche clinique cohérente et pertinente pour les cas proposés. L'équipe qui réalisera le meilleur score se verra remettre la Coupe des Champions.

Nous envisageons par ailleurs un challenge du meilleur cas clinique. Chaque participant devra au préalable avoir créé et intégré au logiciel un cas clinique (contacter Bruno Albouy). Les créateurs joueront les cas des autres participants puis les évalueront. Le cas clinique qui aura obtenu la meilleure notation moyenne sera élu « meilleur cas clinique » et son auteur sera récompensé.

Pour les étudiants, les repas et un hébergement sont assurés par les organisateurs du vendredi soir au dimanche. Seul le transport est à leur charge.

Les enseignants sont également invités à venir soutenir leurs étudiants et découvrir ce nouvel outil pédagogique, cependant les frais de transport et d'hébergement sont à leur charge.

Pour participer vous pouvez dès à présent vous inscrire en tant qu'étudiant ou en tant qu'enseignant en cliquant sur le lien suivant : inscription European PETRHA Cup.

Attention, pour les étudiants les places sont limitées à 50 participants !

Vous trouverez le programme prévisionnel du week-end et le formulaire d'inscription sur [site web petrha.eu](http://site.web.petrha.eu).

La recette locale

Recette des Cannelés

« Mamie Simone »



Ingrédients :

1 litre de lait = 24 cannelés (taille normale)
Moules en silicone Agent de démoulage en droguerie

Ingrédients :

- 1 litre de lait entier
- 250 g de farine
- 500 g de sucre
- 4 œufs entiers + 4 jaunes
- 100 g de beurre
- 1 pincée de sel
- Parfum : rhum, vanille, eau de fleur d'oranger (selon les goûts)

Recette :

Mélanger farine, sucre et sel.
Mettre la moitié du lait à frémir puis éteindre.
Mettre le beurre à fondre dans le lait. Quand le beurre est fondu, ajouter la moitié de lait froid et laisser refroidir cette préparation.
Battre les œufs et les jaunes.
Ajouter la préparation « lait + beurre » dans le mélange d'œufs battus.
Mélanger le sucre, la farine, et le sel puis verser la préparation (œuf, lait, beurre) en mélangeant (battant).
Passer la pâte. (Pour éviter les grumeaux)
Ajouter les parfums et laisser reposer au frais pendant 24 heures.
Repasser la pâte pour l'homogénéiser.
Mettre un peu d'agent de démoulage dans les moules et les remplir jusqu'à 1 cm du bord avec la pâte.

Cuisson :

Faire préchauffer le four à 220°
Mettre à cuire dans la partie basse du four (très important).
Faire cuire pendant 20 mn à 220° puis 60 minutes à 200°, chaleur tournante.

Bon appétit !!!

PROCHAINS NUMEROS

Votre équipe n'a pas encore accueilli la rédaction-en-chef circulante de la lettre d'info COOPERATIF-MK ? Contribuez à votre tour en équipe en proposant de co-rédiger un des prochains numéros !

Adressez un message au groupe de discussion COOPERATIF-MK en réponse au courriel d'envoi de cette lettre d'information et soumettez votre mois préféré pour participer. Un gabarit de rédaction est partagé et vous pourrez aussi faire vous-même votre appel à contributions (articles, etc.) *via* le groupe de discussion.

Les prochaines équipes engagées :

- *La liste pour 2017 manque de candidature, n'hésitez pas à vous inscrire !*

...

- IFMK ROUEN (Octobre 2017)
Contact : Sylvie Mareuil - sylvie.mareuil@chu-rouen.fr

Pour rappel, l'équipe IFMK qui est responsable de la rédaction-en-chef d'une lettre d'information n'a pas obligatoirement tous les articles à rédiger. Chaque membre du réseau COOPERATIF-MK est invité à contribuer tout au long de l'année et à soumettre des infos et des articles aux contacts concernés.

Indexation KINEDOC

Les articles de cette lettre d'information sont indexés dans KINEDOC.org. Pour les retrouver aisément, utilisez l'onglet « recherche avancée » et sélectionnez COOPERATIF-MK - LA LETTRE D'INFORMATION DES FORMATEURS MK dans l'onglet « source ».

**Vous êtes formateur(trice) MK ?
Rejoignez le groupe de discussion
COOPERATIF-MK.
Contactez : Cooperatif.mk@gmail.com**