

Instructions pour les candidats
Partie C de l'examen
Étude de cas & Entretien
professionnel

Table des matières

Instructions pour les candidats	1
Partie C de l'examen Étude de cas & Entretien professionnel	1
Informations générales	4
Examen professionnel	4
Notes.....	5
Partie C de l'examen	5
Étude de cas	5
Processus de travail et compétences	5
Mesures et processus d'intervention	5
Processus de communication.....	5
Gestion des ressources et des processus	5
Développement professionnel et gestion des connaissances.....	5
Structure de l'Étude de cas	6
Prescriptions formelles relatives à la rédaction de l'Étude de cas.....	8
Références.....	8
Citer 8	
Citations	8
Citation directe	8
Citation indirecte	9
Répertoire de littérature.....	9
Informations concernant les types de littérature	10
Ouvrage collectif	10
Revue10	
Sources Internet.....	10
Informations concernant les images	10
Règles générales concernant les répertoires.....	11
Répertoires.....	12
Répertoire de littérature.....	12
Répertoire Tableaux.....	12
Répertoire Images.....	12
Spécialités.....	12
Interviews menés soi-même.....	12
Utilisation de l'intelligence artificielle (IA)	12
Modèle d'Étude de cas avec explications relatives au thème	13
1. Introduction	13

1.1	Préface	13
1.2	Analyse théorique du cas clinique	13
2.	Relevé des données et interprétation	14
2.1	Anamnèse et description des symptômes cliniques	15
2.2	Interprétation des symptômes, formulation d'hypothèses avant l'examen clinique	17
2.3	Examen clinique, inspection, palpation et tests cliniques	17
2.4	Hypothèse de travail après l'examen clinique	19
3.	Concept de mesures	19
3.1	Formulation des contre-indications et mesures de précautions	19
3.2	Formulation des objectifs de traitement, des objectifs thérapeutiques à court, moyen et long terme (patient et thérapeute)	19
3.3	Formulation et justification du concept de mesures	19
4.	Protocole de traitement	20
4.1	Énumération de toutes les données du traitement dans un protocole succinct	21
4.2	Description détaillée du 1 ^{er} , 5 ^{ème} et dernier traitement	22
5.	Évaluation	24
5.1	Évaluation des objectifs atteints et non atteints du patient ainsi qu'en relation avec les symptômes cliniques	24
5.2	Évaluation du contrôle des processus	24
5.3	Évaluation du niveau relationnel entre le patient et le thérapeute	24
5.4	Évaluation de la collaboration interdisciplinaire et autres thérapies possibles Collaboration	25
6.	Conséquences/ conclusion	26
6.1	Conséquences pour le développement personnel en termes de formation continue / conclusion	26
7.	Liste de la littérature/ mention des sources/ références	28
8.	Annexes	28
9.	Déclaration sur l'honneur	28
	Critères d'évaluation Étude de cas	29
	Entretien professionnel	32
	Objectif32	
	Réalisation de l'entretien professionnel	32
	Déroulement de l'entretien professionnel	32
	Visites de la commission d'assurance qualité	32
	Critères d'évaluation Entretien professionnel	33

Informations générales

En se basant sur le Règlement d'examen du 19 juin 2009 et les Directives de mars 2022 relatifs à l'octroi du brevet fédéral de masseur médical/ masseuse médicale, les présentes instructions, Partie C de l'examen (Étude de cas et Entretien professionnel) sont destinées aux candidats. Pour simplifier la lecture des présentes instructions, la forme masculine est utilisée et désigne les deux sexes.

L'Étude de cas doit être rédigée de manière autonome par le candidat et ne fait pas partie de la formation préparatoire.

Ces directives sont contraignantes pour toutes les personnes impliquées dans l'examen professionnel fédéral de masseur médical. Elles sont disponibles sur le site Internet et mises à jour et adaptées régulièrement.

Ce document est utilisé pour la correction de l'Étude de cas (partie C). Les présentes instructions concernant le brevet fédéral (BF) de masseur médical règlent le déroulement, les exigences en matière de contenu et de compétences, ainsi que les conditions cadres de la Partie C de l'examen.

Examen professionnel

Selon le Règlement d'examen et les Directives, l'examen pour le brevet fédéral comprend trois parties :

Partie A : Examen écrit

Partie B : Examen pratique

Partie C : Étude de cas (40%), Entretien professionnel (60%)

Objectif : les candidats doivent avoir atteint le niveau de compétence des 8 modules de l'ensemble de la formation. Cela comprend la réussite des 8 modules (condition préalable à l'admission à l'examen final).

Répétition : en cas d'échec à une ou plusieurs parties de la qualification, les conditions suivantes s'appliquent :

Si un candidat ne réussit pas la procédure de qualification finale (PQ), il a la possibilité de répéter la partie d'examen non réussie. La répétition porte sur l'ensemble de la partie de l'examen concernée.

L'examen professionnel peut être répété au plus tôt l'année suivante. Si l'une des parties de l'examen n'est pas réussie pour la troisième fois, la PQ est définitivement ratée et ne peut plus être répétée.

Les candidats qui, sans excuse, ne se présentent pas à un examen, ne le passent pas entièrement sans raison impérieuse ou utilisent des moyens auxiliaires non autorisés, ont échoué à l'examen.

Notes

L'évaluation de la performance se base sur l'échelle suivante :

Note	Critères d'évaluation
6	très bien
5	bien
4	suffisant
3	médiocre
2	insuffisant
1	non recevable

Partie C de l'examen

La dernière partie de l'examen se compose de deux épreuves différentes. D'une part, la rédaction de l'Étude de cas remise au préalable et d'autre part, l'entretien professionnel.

Étude de cas

L'Étude de cas est la conclusion de la formation. Les candidats prouvent qu'ils sont capables de traiter la situation complexe d'un patient de manière globale et d'y contribuer avec leur propre expérience. Le travail s'oriente selon des critères concrets et vérifiables et connus au préalable par les candidats. L'évaluation incombe aux experts des examens.

Processus de travail et compétences

Pour l'élaboration de l'Étude de cas, les candidats suivent quatre processus de travail intégrés. Les compétences opérationnelles à atteindre sont les activités professionnelles de base des masseurs médicaux avec brevet fédéral et se répartissent comme suit :

Mesures et processus d'intervention

- Relevé, interprétation et documentation des données
- Élaboration du concept de mesures
- Mise en œuvre des mesures

Processus de communication

- Établissement des relations
- Collaboration
- Gestion des conflits

Gestion des ressources et des processus

- Aménagement de la place de travail
- Assurer l'administration et l'organisation

Développement professionnel et gestion des connaissances

- Assurance qualité
- Entretien de l'environnement professionnel
- Formation continue

Structure de l'Étude de cas

Il est recommandé d'orienter l'Étude de cas selon le schéma IPRE. Dans le concept de mesures pour la formulation et vérification des objectifs, nous recommandons entre autres de respecter les schémas SMART ou RUMBA.



S	• SPECIFIC • Les objectifs doivent être clairement formulés • Technique des six questions/ Qui, Comment, Où, Quand, Quoi, Pourquoi
M	• MEASURABLE • Les objectifs doivent pouvoir être évalués sur la base de critères mesurables (paramètres d'observation)
A	• ACHIEVABLE • Les objectifs doivent être attrayants/ souhaitables
R	• REASONABLE • L'objectif fixé doit être réalisable
T	• TIME-BOUND • L'objectif doit être fixé avec un délai/ une date fixe

R	• RELEVANT • Dans ce cas, la pertinence signifie un lien de cause à effet entre les objectifs formulés et la qualité observée
U	• UNDERSTANDABLE • Les objectifs sont formulés de façon cohérente
M	• MEASURABLE • L'atteinte d'un objectif est mesurable facilement, fiablement et plusieurs fois
B	• BEHAVIORABLE • Les objectifs doivent pouvoir être atteints par le changement de comportement du candidat
A	• ACHIEVABLE • L'atteinte des objectifs est réaliste

Prescriptions formelles relatives à la rédaction de l'Étude de cas

Le modèle Word de MMep relatif à l'Étude de cas doit impérativement être utilisé. Aucune modification ne doit être apportée au modèle.

Il faut tenir compte de la protection des données (anonymiser les données personnelles).

L'Étude de cas doit être téléchargée via le portail utilisateur de MMep et ce dans les délais, sous forme de fichier PDF électronique avec la déclaration sur l'honneur signée.

Si le délai de remise du travail n'est pas respecté, les conditions d'admission à l'examen professionnel ne sont pas remplies.

Taille police : Arial 10

Paragraphe : Alignement : gauche
Niveau de structure : niveau 1
Retrait : aucun
Espacement après : 6pt
Interligne : simple

Nombre de pages : Au moins 20, au maximum 25 pages, sans page de titre, ni table des matières, annexes illimitées

Type de texte : Texte continu

Body Chart: Les esquisses doivent être jointes électroniquement et complétées par une légende explicative.

Le protocole de traitement est réalisé dans le cadre de 9 à 12 traitements. Les traitements ne doivent pas remonter à plus d'une année à partir du délai de remise de l'Étude de cas.

Les références bibliographiques, sources et illustrations doivent être mentionnées directement après le paragraphe dans le travail et énumérées par ordre alphabétique à la fin dans le répertoire de littérature.

Références

Citer

Chaque travail écrit réalisé dans le cadre de formations ou formations continues fait référence à des connaissances déjà existantes d'autres auteurs. Il est indispensable de déclarer clairement toutes les sources.

Il peut s'agir de citations directes ou indirectes provenant d'autres auteurs. Une citation directe est une reproduction littérale d'un message clé. Une citation indirecte est une reproduction par analogie et/ ou la présentation d'un résumé avec ses propres mots. La référence doit être notée sous forme abrégée directement après la citation dans le texte (au plus tard à la fin du paragraphe).

Citations

Les citations directes et indirectes sont décrites ci-dessous et illustrées par un exemple.

Citation directe

Les citations directes (reproduction littérale) sont mises entre guillemets. En principe, le numéro de la page doit être indiqué.

Exemple :

„La théorie du gate-control (Gate Control Theory, GCT), qui a marqué la recherche sur la douleur jusqu'à nos jours, énoncée en 1965 par Roland Melzack et Patrick Wall (Fig. 2.2).“ (van Kerkhof, 2021, P. 7).

(Nom de l'auteur, année de la publication, indication de la page). Si plusieurs auteurs sont impliqués, un „et al.“ est inséré après le premier nom.

Citation indirecte

Il existe différentes manières de mentionner une citation indirecte (voir exemples 1 et 2). En revanche, les indications dans le répertoire de littérature restent toujours les mêmes. Une citation indirecte est résumée par analogie sous forme de texte. Elle peut se référer à une ou plusieurs pages.

Exemple 1

Les connaissances les plus récentes en matière de recherche sur la douleur sont toujours marquées par la théorie du gate-control de Roland Melzack et Patrick Wall, énoncée en 1965 (voir Pieter van Kerkhof, 2021, P. 7).

(voir nom de l'auteur, année de la publication, indication de la page). Si plusieurs auteurs sont impliqués, un „et al.“ est inséré après le premier nom.

Exemple 2

Selon Wright et al. (2014, p. 46), il est important d'intégrer les récits des familles, car ils peuvent avoir une influence positive sur la guérison.

Répertoire de littérature

Les informations suivantes concernant le répertoire de littérature doivent être respectées.

Auteur

L'auteur est mentionné dans le répertoire de littérature avec son prénom et son nom complets.

Répertoire de littérature :

Nom, prénom (année de parution). Titre. Sous-titre. Édition. Lieu. Maison d'édition.

Exemple de littérature :

Van Kerkhof, Pieter (2021). Evidenzbasierte Elektrotherapie (Électrothérapie basée sur l'évidence). 1^{ère} édition. Berlin. Édition Springer GmbH.

Plusieurs auteurs

Si plusieurs auteurs sont impliqués, un „et al.“ est inséré après le premier nom.

Répertoire de littérature :

Nom, prénom et al. (année de parution). Titre. Sous-titre. Édition. Lieu. Maison d'édition.

Exemple de littérature :

Bossert Frank-P. et al. (2014). Elektrotherapie, Licht- und Strahlentherapie (Électrothérapie, luminothérapie et radiothérapie). 3^{ème} édition. Munich. Éditions Elsevier GmbH, Urban&Fischer.

Informations concernant les types de littérature

Ci-dessous, différents types de littérature sont décrits et expliqués avec des exemples concrets.

Ouvrage collectif

Un ouvrage collectif est une forme de littérature publiée par un ou plusieurs éditeurs et dans lequel plusieurs auteurs ont rédigé des contributions individuelles. Il convient de noter que l'ouvrage collectif n'est indiqué qu'en relation avec l'article utilisé et son auteur.

Répertoire de littérature :

Nom, prénom (année de parution). Titre. Sous-titre. Nom, prénom de l'éditeur de l'ensemble de l'ouvrage (éditeur). Titre de toute l'œuvre. Édition. Première à la dernière page de l'extrait. Lieu. Maison d'édition.

Exemple de littérature :

Eisold, Anna (2011). Hoffnung. Dans Sauter, Dorothea et al. (éditeurs). Lehrbuch Psychiatrische Pflege (Manuel de soins psychiatriques). 3^{ème} édition. P. 755-765. Berne. Hans Huber.

Revue

Pour les articles de revues, l'auteur est également mentionné avant le titre.

Répertoire de littérature :

Nom, prénom (année de parution). Titre. Sous-titre. Dans Nom de la revue (année). Numéro de l'édition. Première à la dernière page de l'article.

Exemple de littérature :

Dörschug, Sebastian (2012). Die parenterale Applikation. Versorgung von Portsystemen aus pflegerischer Sicht (Voie parentérale. Les systèmes de cathéters vus par les soins). Dans Palliativemed (2012). (13). P. 152-155.

Sources Internet

Une source Internet ne peut être utilisée que si elle peut être clairement identifiée et indiquée. Le lien direct vers le document choisi doit être mentionné.

Répertoire de littérature :

Nom, prénom (année de parution). Titre. Sous-titre. Disponible sur : adresse exacte (date du téléchargement ou de la vérification).

Exemple de littérature :

CDS – Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2008). La suspension des prestations de l'assurance maladie doit être levée. Proposition de réglementation commune de la CDS et de santé suisse au Parlement. Disponible sur : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilung/MM_200810-d.pdf (13.02.2011).

Informations concernant les images

Dans le travail, les tableaux et images doivent être numérotés et munis d'un titre. Les tableaux et images sont numérotés séparément et dans l'ordre (tableau 1, 2, 3, etc. et image 1, 2, 3, etc.).

Mention directement dans le texte :

En dessous de chaque tableau : numéro (qui se suivent), titre et références.

En dessous de chaque image : numéro (qui se suivent), titre et références.

Exemple de libellé sous un tableau :

Tabelle 1: Pathogene Orientierung versus salutogene Orientierung (Orientation pathogène versus orientation salutogène) (Sauter, 2011, P. 116).

Exemple de libellé sous une image :

Image 1: Das menschliche Skelett (Le squelette humain) (Huch, 2015, P. 93).

Répertoire de littérature :

Image 1 (indication de la page) : nom, prénom et al. (Année de parution). Titre. Sous-titre. Édition. Lieu. Maison d'édition.

Exemple de littérature :

Huch, Renate et al (éditeur) (2015). Mensch, Körper, Krankheit. Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen (Humain, corps, maladie. Anatomie, physiologie, pathologies. Manuel et atlas pour les professions de la santé). 7^{ème} édition. Munich. Elsevier Urban & Fischer.

Règles générales concernant les répertoires

(répertoire de littérature, images et tableaux)

- Les répertoires sont classés par ordre alphabétique après le nom de famille du premier auteur ou de l'éditeur.
- Le répertoire complet (littérature, tableaux et images) se situe à la fin du travail, avant les annexes.
- Si un élément, p.ex. „l'auteur“ ou „l'année“ n'est pas connu, il faut mentionner „**pas de données**“.
- Si l'auteur ou l'éditeur n'est pas une personne, mais une institution ou une collectivité (canton, ASI – Association suisse des infirmières et infirmiers, etc.), l'ouvrage est classé dans les répertoires par ordre alphabétique en fonction de cette institution ou collectivité.
- Si aucun auteur ou éditeur (ou institution ou collectivité) n'est connu, le classement se fait d'après le titre de l'œuvre.
- S'il y a plusieurs lieux d'édition, il suffit d'indiquer le premier lieu cité.
- Les livres électroniques doivent être explicitement identifiés comme tels dans les répertoires.

Répertoires

Voici un exemple de comment présenter les répertoires :

Répertoire de littérature

Dörschug, Sebastian (2012). Die parenterale Applikation. Versorgung von Portsystemen aus pflegerischer Sicht (Voie parentérale. Les systèmes de cathéters vus par les soins). Dans Palliativemed (2012). (13). P. 152-155.

Eisold, Anna (2011). Hoffnung. Dans Sauter, Dorothea et al. (éditeurs). Lehrbuch Psychiatrische Pflege (Manuel de soins psychiatriques). 3^{ème} édition. P. 755-765. Berne. Hans Huber.

CDS (2008). Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2008). La suspension des prestations de l'assurance maladie doit être levée. Proposition de réglementation commune de la CDS et de santé suisse au Parlement. Disponible sur : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilung/MM_200810-d.pdf (13.02.2011).

Répertoire Tableaux

Tableau 132 (page 168) :

Bossert Frank-P et al. (2014). Elektrotherapie, Licht- und Strahlentherapie (Électrothérapie, luminothérapie et radiothérapie). 3^{ème} édition. Munich. Éditions Elsevier GmbH, Urban&Fischer.

Répertoire Images

Image 1 (page 7) :

Huch, Renate et al (éditeur) (2015). Mensch, Körper, Krankheit. Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen (Humain, corps, maladie. Anatomie, physiologie, pathologies. Manuel et atlas pour les professions de la santé). 7^{ème} édition. Munich. Elsevier Urban & Fischer.

Spécialités

Les spécialités comprennent les interviews menés soi-même et l'utilisation de systèmes d'intelligence artificielle.

Interviews menés soi-même

Si des interviews menés soi-même sont utilisés comme sources, il doit être possible de vérifier avec qui et quand ils ont eu lieu. Ces informations apparaissent dans le texte continu. La communication menée est mentionnée intégralement en annexe. Elle n'est pas mentionnée dans le répertoire de littérature.

Exemple 17 : Il est apparu dans l'entreprise qu'avec une activité croissante... (maître, communication personnelle, 17.08.2023, annexe x). (Nom, type de communication, date, annexe).

Utilisation de l'intelligence artificielle (IA)

Si des systèmes d'intelligence artificielle sont utilisés, les auteurs du travail écrit sont responsables du contenu généré, du respect des dispositions relatives aux droits d'auteur et de la scientificité de leur travail écrit. Pour garantir la scientificité, il convient d'utiliser des sources originales, car l'IA ne peut pas être désignée comme source scientifique. Si la qualité du travail est influencée par l'utilisation d'une IA, une obligation de déclaration s'applique de la même manière qu'avec une interview menée soi-même.

Modèle d'Étude de cas avec explications relatives au thème

1. Introduction

1.1 Préface

La préface est rédigée à l'aide des éléments suivants :

- Motivation personnelle
- Choix de la pathologie
- Choix du patient
- Biographie de la maladie
- Objectif du travail

1.2 Analyse théorique du cas clinique

Le schéma suivant couvre tous les éléments de l'analyse théorique :

D	• Définition, diagnostic, diagnostic différentiel
E	• Introduction, épidémiologie
P	• Prévention, prophylaxie, pronostic, physiopathologie
R	• Facteurs de risque, risque de complications
U	• Causes (étiologie)
S	• Symptômes
T	• Thérapie

2. Relevé des données et interprétation

Le candidat recueille des données pertinentes sur le patient en vue de l'exercice de sa profession, sur la base d'un relevé des données spécifique à sa profession et adapté aux conditions cadres. Il l'interprète et établit un bilan initial en tenant compte de la personnalité globale du patient et de son environnement. Il garantit et surveille, dans son domaine de compétence, la documentation de toutes les données pertinentes.

Collecte, interprétation et documentation des données

- I: Rassemble toutes les données importantes sur les antécédents/ antécédents médicaux.
Se procure activement des informations sous forme écrite et orale.
- P: Examine les données quant à leur signification et pertinence afin de planifier le relevé des données spécifique à la profession au sens d'une sélection et définition des priorités.
- R: Procède à une anamnèse spécifique à sa profession, adaptée aux conditions cadre.
Recueille de manière sélective des résultats pertinents, spécifiques à la profession et objectifs sur le patient.
Documente le résultat en fonction des conditions cadres données.
- E: Analyse la situation initiale du patient sur la base des informations et données élaborées.
En déduit les indications, précautions à prendre et les contre-indications possibles.
Vérifie que les documents soient complets, se renseigne et complète.

2.1 Anamnèse et description des symptômes cliniques

Données du document standard : formulaire d'anamnèse MMep (voir site web sous „Documents de base“)

Nom/ prénom :	Données anonymisées	
Date de naissance :		
Profession :		
Médecin :		
Diagnostic médical :	En cas d'absence de diagnostic médical, ce champ reste vide.	
Diagnostic secondaire :	Si inexistant, le champ reste vide.	
Ordonnance :	Les ordonnances ne sont pas obligatoires ! Si existantes, à joindre à l'Étude de cas.	
Assurance complémentaire :		
Sport/ hobby :		
Médicaments :	Désignation & définition du médicament ainsi que prescription du médecin P.ex. : 1-1-0-1	
Compléments alimentaires :	Automédication et sur ordonnance.	
Troubles primaires :		
Indication du patient		
Quand ces troubles ont-ils apparus ?	Période/ date	
État actuel : (status praesens des troubles primaires)		
Quel est le problème ? Où se manifestent les troubles? Comment les symptômes sont-ils perçus ? Qu'est-ce qui accentue ou atténue les troubles ? Y a-t-il des symptômes associés ? P.ex. : • Diminution des performances • Sueurs nocturnes • Variation de poids notable • Comportement au niveau de l'appétit • Températures subfébriles • Sensibilité accrue aux infections Quelle est la situation actuelle ? Analyse de la douleur/ indications détaillées avec l'échelle d'évaluation numérique (NRS)		

Comportement des troubles primaires sur 24 heures :
Quand apparaissent les troubles ? Analyse de la douleur/ indications détaillées avec l'échelle d'évaluation numérique (NRS)
Antécédents :
Y a-t-il eu un élément déclencheur ? De tels troubles étaient (sont)-ils déjà apparus auparavant ?

Évaluation selon la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé)
Fonction corporelle :
Enumérez les fonctions corporelles entravées.
Structures anatomiques :
Enumérez les structures du corps concernées par le tableau clinique primaire. P.ex. : Osseuses, arthrogènes, ligamentaires, tendineuses, musculaires, etc.
Participation :
Activité et participation : énumérez les activités auxquelles votre patient ne peut plus participer ou ne peut participer que de manière limitée en raison de ses troubles primaires.
Facteurs environnementaux :
Expliquez la situation sociale : soutien et relations, conditions de logement, emploi, niveau d'éducation, situation financière, milieu culturel, etc.
Facteurs personnels :
Expliquez les caractéristiques générales de votre patient, telles que p.ex. : les facteurs physiques, la corpulence, les facteurs pouvant influencer les capacités physiques. Facteurs mentaux pouvant influencer votre traitement ou son rétablissement.
Thérapies et effets antérieurs :
Qu'est-ce qui a été fait jusqu'à présent ? Informations sur les traitements antérieurs - Genre - Nombre - Période - Effet
Précautions/ contre-indications :
Énumérez les mesures de précaution que vous allez prendre pendant le traitement et justifiez-les. Énumérez les contre-indications que présente votre patient.

Troubles secondaires :
Si d'autres troubles sont présents, ils sont à mentionner ici. Remarque : si vous les traitez également, veillez à les inclure dans l'examen clinique, l'inspection, la palpation et les tests cliniques.
État général :
Expliquez l'état actuel de votre patient et mentionnez également d'autres maladies actuelles : p.ex., des maladies systémiques, pathologies viscérales, cancers, troubles du métabolisme, maladies infectieuses graves, etc.
Antécédents familiaux :
Expliquez les maladies héréditaires ou prédispositions et énumérez-les ici.

2.2 Interprétation des symptômes, formulation d'hypothèses avant l'examen clinique

Le processus de reasoning hypothético-déductif s'explique aisément en définissant les différentes étapes de travail. Selon Rogers (1983, 1989, cité dans Benamy 1996), le processus de reasoning est composé de 6 étapes.

La collecte d'informations permet de générer des hypothèses. Celles-ci sont ensuite testées et évaluées avant qu'une hypothèse finale ne soit confirmée.

Les points suivants doivent être pris en compte dans cette description :

1^{ère} étape : image de pré-évaluation

Description des attentes développées par le thérapeute avant d'entrer en contact avec le patient. Elles se basent sur des informations dont le thérapeute dispose déjà, comme un diagnostic médical, l'âge, le sexe et sont influencées par les expériences antérieures du thérapeute.

2^{ème} étape : cue acquisition

Au cours de cette étape, le thérapeute obtient des cues (informations) sur le statut fonctionnel, les activités du patient, la possibilité de participation, la situation psychique ainsi que les facteurs contextuels personnels et sociaux du patient.

3^{ème} étape : hypothesis generation

Au cours de cette étape, les informations recueillies sont organisées, structurées et des hypothèses de certains modèles de troubles sont formulées. Au cours de cette étape, le thérapeute génère souvent plusieurs hypothèses.

4^{ème} étape : cue interpretation

Les informations sont maintenant collectées et attribuées aux différentes hypothèses, afin d'affirmer ou d'infirmer leur exactitude.

5^{ème} étape : hypothesis evaluation

Les hypothèses en concurrence sont comparées ici. L'hypothèse confirmée par le plus grand nombre de données collectées est utilisée comme base pour l'étape suivante.

2.3 Examen clinique, inspection, palpation et tests cliniques

Données du document standard : Body Chart MMep (voir site web sous „Documents de base“).

Enseignements tirés de l'inspection :
P.ex. : Inspection : directe et indirecte Posture/ position antalgique Signes cliniques (p.ex. œdèmes) Anomalies cutanées (cicatrices, rougeurs, gonflements, rétractions)
Enseignements tirés de la palpation :
P.ex. : Tissu conjonctif (OVS/UVS) Tonus musculaire, douleurs en cas de pression exercée, points Trigger (nœuds) Palpation des zones (zones de Head, zones du tissus conjonctif, réflexologie plantaire) Différence de température Sensibilité de surface telle que : perception du toucher et de la pression Sensation de douleur Test de sensibilité
Examens fonctionnels et résultats des tests :
P.ex. : Test de fonctionnement : test de Schober, test de Lasègue, écart entre les doigts, etc. Seuil de douleur : indiqué en NRS 0/10 Mesures : range of motion, mesures d'angles, mesures de périmètre

SVP, insérer ici le Body Chart MMep et la légende explicative.

Exemple de présentation des légendes, il est également possible de proposer sa propre version.						
Échelle générale			Musculature/ neurologie		Peau	
+ / +++	- / ---	Léger	#	Myogélose	‡	Cicatrice
++ / ++++	-- / ---	Moyen	///	Rayonnement	OVS	Couche de clivage superficielle
+++ / ++++	--- / ---	Fort	•	TRP	UVS	Couche de clivage profonde
↑ ↓ ← →	↖ ↗ ↘ ↙	Indications de direction	⚡ NRS .../10	Douleur	E	Rétraction
≈		Œdème			Q	Gonflement
✓ / ∅		Rien à signaler				

2.4 Hypothèse de travail après l'examen clinique

6^{ème} étape du processus de reasoning :

Ce chapitre définit l'hypothèse principale. Elle comprend généralement la formulation d'un problème qui peut se rapporter aussi bien à des aspects fonctionnels que psychologiques et sociaux. Le thérapeute ne conclut cependant pas la procédure à ce stade. Au cours de la mise en œuvre de ses mesures, il continuera à collecter des informations et à adapter son plan de traitement. Celui-ci sera évalué à la fin de ce travail.

3. Concept de mesures

Dans le concept de mesures, les objectifs du traitement sont formulés, le plan de traitement est défini et des moyens adéquats sont choisis pour la mise en œuvre. Les paramètres d'observation sont définis sur la base des données enregistrées avec des valeurs mesurables et la procédure doit être discutée avec le patient.

Élaboration du concept de mesures

Le candidat formule les objectifs du traitement (SMART/ RUMBA), définit le plan de traitement et choisit les moyens adéquats. Il définit les paramètres d'observation, discute de la procédure et élabore le mandat de traitement avec le patient et/ ou le service qui l'a adressé au thérapeute.

- I: Délimite l'éventail des mesures et réfléchit aux conséquences pour le patient, y compris les contre-indications et éventuelles alternatives.
- P: Établit un plan de traitement individuel et détermine les méthodes et moyens nécessaires (choix de la technique, principes d'action de la technique, dosage, déroulement dans le temps).
- R: Informe le patient sur les possibilités de traitement et l'évolution possible. Définit avec le patient l'objectif individuel du traitement et le mandat de traitement. Définit les paramètres d'observation subjectifs et objectifs. Modifie le plan de traitement le cas échéant.
- E: Vérifie la compréhension du patient et la cohérence thérapeutique du plan de traitement avec les objectifs du traitement et tire des conclusions pour les prochaines étapes.

3.1 Formulation des contre-indications et mesures de précautions

Les contre-indications sont exclues et les précautions sont définies et prises en fonction du tableau clinique.

3.2 Formulation des objectifs de traitement, des objectifs thérapeutiques à court, moyen et long terme (patient et thérapeute)

Les objectifs à court et moyen terme sont considérés comme des objectifs tactiques et servent à atteindre les objectifs à long terme. Ces objectifs servent d'indicateurs pour le développement du concept de mesures.

3.3 Formulation et justification du concept de mesures

Le candidat justifie la mesure ou la méthode qu'il a choisie.

4. Protocole de traitement

Mise en œuvre des mesures

Le candidat planifie les mesures sur la base des résultats du relevé des données et des conditions cadres données. Il les met en œuvre, évalue continuellement leur effet au moyen de contrôles basés sur les objectifs du traitement et paramètres d'observation.

Il informe le patient et/ ou le service qui lui l'a adressé de la réussite du traitement. Il recommande si nécessaire d'autres mesures pour améliorer l'état du patient. Il documente le traitement ainsi que le résultat du contrôle des paramètres d'observation à des fins d'assurance qualité.

- I: Détermine si les moyens en personnel et en matériel sont disponibles et appropriés pour remplir le mandat de traitement.
- P: Définit le calendrier, l'ordre des moyens et, en fonction des paramètres d'observation, les éventuelles mesures d'adaptation.
- R: Exécute les procédures de traitement appropriées de manière efficace, conformément à la méthode et dans le cadre convenu.
Informe le patient régulièrement sur le déroulement du traitement.
Fournit des conseils spécialisés en vue de promouvoir la santé de l'appareil musculosquelettique et d'autres systèmes.
Documente le traitement, son déroulement et ses résultats.
- E: Vérifie en permanence l'état du patient, les résultats du traitement, l'effet des moyens et les éventuelles modifications.
Définit avec le patient, sur la base des résultats, les prochaines priorités et objectifs et coordonne la suite des opérations avec toutes les personnes impliquées dans le processus d'intervention.

En discute sous forme d'autoréflexion et évaluation personnelle avec les personnes concernées dans le but d'améliorer la qualité.

Contrôle périodiquement l'exactitude de la documentation requise et évalue la situation de travail.
Discute de cette évaluation personnelle avec les personnes concernées dans le but d'améliorer la qualité.

4.1 Énumération de toutes les données du traitement dans un protocole succinct

Le tableau ci-dessous est à compléter (min. 9 et max. 12 traitements).

Exemple d'un protocole succinct court pour le 5^{ème} traitement :

Date	Heure/ durée	Méthode/s	Déroulement du traitement	Paramètres d'observation	État actuel
14.12.2024	10.30/55'	5' Bref constat Application passive de chaleur pendant toute la durée du traitement 20' DLM 30' MZRP Programme à domicile (répétitions)	Pat. sur le dos avec coussin pour les veines : placement de compresses chaudes dans la région lombaire Rapide tour du cou Traitement abdominal profond Schéma de base jambe gauche – déviation au niveau du pansement Traitement partiel MZRP des deux pieds	PARAM. D'OBS. 1 : Mesure du volume voir annexe PARAM. D'OBS. 2 : Douleur au repos 2/10, douleur active 4/10 PARAM. D'OBS. 3 : Art. genu flex/ex actif 0/0/100	C/O: Tout s'est bien passé pendant le week-end. Malheureusement, pas encore pu se passer de médicaments contre la douleur, mais c'est une promenade de santé comparé à avant l'opération. Les maux de dos ont diminué, mais aimerait quand même de la chaleur. P/E: Température médiale et latérale légèrement plus élevée sous la cicatrice de l'art. genu (à gauche) Sensibilité inchangée. Tissus conjonctif autour de l'art. genu (à gauche), déplaçable un minimum Hypertonus M. quadriceps femoris et muscles postérieurs du mollet (à gauche) abaissés

4.2 Description détaillée du 1^{er}, 5^{ème} et dernier traitement

Le tableau ci-dessous est à compléter.

Exemple d'une description détaillée du 5^{ème} traitement :

Date	Heure/ durée	Méthode/s	Déroulement du traitement	Paramètres d'observation	État actuel
14.12.2024	10.30/55'	5' Bref constat et mesure des deux jambes Hydrothérapie : application passive de chaleur 20' Drainage lymphatique manuel selon le Dr Vodder 30' Massage des zones réflexes du pied selon le Dr Fitzgerald Programme à domicile (répétitions): respiration abdominale profonde, rotation des épaules, mouvement des chevilles	Pat. sur le dos avec coussin pour les veines : placement de compresses de paraffine chaude dans la région lombaire Effleurage (clavicule -> épaule) Rapide tour du cou (cercles stationnaires de profonds à terminus et d'occiput à terminus) Drainage abdominal profond Schéma de base de la jambe : Effleurage Activation des ganglions lymphatiques inguinaux avec des cercles statiques Pompage via le côté latéral de la cuisse – déplacer le pompage de distal à proximal sur la cuisse en commençant par la partie médiane et en continuant jusqu'à la partie latérale Trois cercles de connexion vers le genou, pression minimale dirigée vers le crâne Autour du pansement au genou : s'éloigner du pansement en faisant des cercles avec le pouce Pompage et déplacement médial de l'articulation du genou Écopage avec les doigts à plat dans le creux du genou Travailler avec des cercles statiques latéralement au genou en direction proximale	PARAM. D'OBS. 1 : Mesure du volume voir annexe PARAM. D'OBS. 2 : Douleur au repos 2/10, douleur active 4/10 PARAM. D'OBS. 3 : Art. genu flex/ ex actif 0/0/100	C/O: Tout s'est bien passé pendant le week-end. Malheureusement, pas encore pu se passer de médicaments contre la douleur, mais c'est une promenade de santé comparé à avant l'opération. Les maux de dos ont diminué, mais aimerait quand même de la chaleur. P/E: Température médiale et latérale légèrement plus élevée sous la cicatrice de l'art. genu (à gauche) Tissus conjonctif autour de l'art. genu (à gauche),

			Plier légèrement le bas de la jambe. Manœuvres de la main sur le tibia et l'autre main sur le mollet Retravailler toute la jambe tendue. Effleurage final Traitement partiel des zones réflexes du pied: Les points sont traités à une exception près avec le pouce. Reins : cercles en profondeur Uretère : mouvements circulaires vers le point de la vessie Vessie : cercles en profondeur Urètre : passer dessus en direction du point de la prostate Estomac – pancréas/ duodénum : poser le pouce et tirer des cercles en profondeur Foie : passer sur le triangle en exerçant une pression Bile : en pressant fort avec l'index Plexus solaire : en tirant des cercles en profondeur Intestin grêle : en lignes ondulées, en passant dessus et exerçant une pression Colon ascendens – colon transvers – colon descendens – colon sigmoïde/ anus : mouvements circulaires sur le trajet de l'intestin Genou : effectuer des cercles en profondeur Spirale lymphatique : mouvements circulaires doux avec le pouce de la partie distale à la partie proximale MZRP complétée par un traitement lymphatique réflexe, voir schéma de traitement en annexe.		déplaçable un minimum Hypertonus M. quadriceps femoris et muscles postérieurs du mollet (à gauche) abaissés
--	--	--	--	--	---

5. Évaluation

5.1 Évaluation des objectifs atteints et non atteints du patient ainsi qu'en relation avec les symptômes cliniques

Pour évaluer les objectifs, les critères suivants sont nécessaires :

- I: Vérifie l'efficacité et le succès des objectifs à court, moyen et long terme.
- P: Les nouvelles connaissances acquises sont consignées.
- R: Formulation des nouveaux objectifs à partir des connaissances acquises.
- E: Nouvelle évaluation de l'efficacité et du succès.

5.2 Évaluation du contrôle des processus

Pour évaluer le contrôle des processus, les critères suivants sont nécessaires :

- I: Vérifie le succès de la gestion des processus entre autres à l'aide de la documentation sur le relevé des données et sur le traitement.
- P: La planification des nouvelles connaissances acquises est consignée.
- R: Les nouvelles connaissances sont mises en œuvre.
- E: La conclusion est tirée, le succès ou l'échec est décidé. Les prochaines étapes possibles sont expliquées dans les grandes lignes.

5.3 Évaluation du niveau relationnel entre le patient et le thérapeute

Création de relations :

Le candidat fait part de ses réflexions de manière ouverte, véridique et empathique, crée ainsi une base de confiance pour le patient, communique de manière compréhensible, d'égal à égal avec le patient et compense les déficits d'information.

- I: Perçoit différents besoins d'information et modèles de relations.
Réfléchit aux documents d'information nécessaires.
- P: Planifie les étapes d'information, adapte le traitement à la situation actuelle du patient.
- R: Élabore l'échange interdisciplinaire de manière active et fiable, en tenant compte des directives internes de l'entreprise.
- E: Réfléchit aux interactions psychologiques, au déroulement de la relation et à l'impact sur l'objectif du traitement.

5.4 Évaluation de la collaboration interdisciplinaire et autres thérapies possibles

Collaboration

Le candidat collabore avec des professionnels de la santé, du social, du monde du travail et de l'entourage des patients. Il est conscient de son rôle professionnel et de ses propres limites, respecte les domaines d'activité des autres professionnels de la santé et ce qui lui incombe en fonction de ses qualifications professionnelles au sein de l'équipe interdisciplinaire.

- I: Identifie les personnes clés du réseau de traitement et interfaces avec la collaboration avec des tiers.
- P: Planifie le flux d'informations en fonction de l'évolution des questions médicales, psychologiques et sociales.
- R: Réalise la coopération par des échanges d'informations et d'opinions périodiques, au minimum de manière informelle, au maximum par des conférences en équipe et rapports écrits.
Oriente le patient vers d'autres professionnels de la santé en fonction de la situation.
Accepte ses limites relatives aux conditions cadre informelles et formelles, ainsi qu'à son profil de compétences personnel.
- E: Évalue la communication et coopération, examine si des conséquences doivent être tirées et si oui, lesquelles.

Gestion des conflits

Le candidat reconnaît les situations conflictuelles et dispose des outils nécessaires pour éviter les conflits, les surmonter et les résoudre de manière constructive.

- I: S'informe sur les causes, le contexte et l'évolution du conflit qui se prépare ou qui a éclaté.
- P: Prépare les documents relatifs aux faits et aux personnes et résume la situation initiale.
- R: Présente ses points de vue de manière professionnelle et correcte.
S'efforce de percevoir et de comprendre les points de vue des autres parties.
Se comporte de manière constructive en fonction des conditions cadre, dans les limites de ses compétences.
- E: Évalue le résultat, en tire les conséquences et planifie d'éventuelles étapes de gestion ultérieures.

6. Conséquences/ conclusion

6.1 Conséquences pour le développement personnel en termes de formation continue / conclusion

Assurance qualité

Le candidat reconnaît l'importance de sa formation et formation continue, afin de maintenir et promouvoir la qualité de son activité professionnelle. Il connaît les possibilités qui s'offrent à lui et en fait un usage approprié.

- I: S'informe sur les offres de formation et formation continue.
Reconnaît ses faiblesses personnelles et s'efforce de combler les déficits par des formations et formations continues appropriés.
- P: Planifie la formation et formation continue autonome, individuelle et officielle dans son processus de travail et calendrier.
- R: Pratique la formation continue via l'autoapprentissage, l'échange critique entre collègues, la fréquentation et participation active à des exposés, colloques, cours, conférences et ateliers, documente et atteste sa formation et formation continue.
- E: Évalue les résultats de la formation et formation continue ainsi que l'état actuel et souhaité de son profil de compétences et examine le plan de formation et formation continue.

Entretien de l'environnement professionnel

Le candidat s'engage pour les questions de politique professionnelle et politique de la santé et contribue au développement de la profession.

- I: Prend conscience des développements de la politique professionnelle et politique de la santé. Réfléchit à sa propre position professionnelle et à l'importance (la valeur) de sa profession.
- P: Examine les possibilités de s'engager en tant que professionnel pour défendre les intérêts de la profession ou d'autres aspects de la santé et de la société dans son environnement professionnel.
- R: S'engage, sur la base de son professionnalisme et éthique professionnelle (exigences de qualité, financement, interdisciplinarité, politique professionnelle) à promouvoir la place du masseur médical auprès du public.
- E: Examine l'importance de ses propres efforts et les impacts dans le domaine responsable et en tire les conséquences.

Formation continue

Le candidat est conscient du besoin d'adaptation à l'état des connaissances et l'évolution des besoins des patients. Il développe sa personnalité professionnelle et ses compétences techniques et s'oppose avec dynamisme à l'immobilisme, voire à la régression.

- I: S'informe en permanence sur les nouveautés dans sa spécialité, qui peuvent être appliquées sur le patient, ainsi que sur la formation et formation continue.
- P: Note les publications, événements et contacts appropriés et garde des créneaux horaires ouverts.
- R: Réfléchit de manière autocritique à ses propres actions et comportements au contact des patients, dans l'entreprise ainsi que dans la profession.
En tire les conséquences et comble les lacunes.
Développement de la personnalité par l'intermédiaire d'une formation professionnelle continue et d'un engagement psychosocial.
- E: Essaie de se confronter de manière critique à lui-même en vue de développer ses compétences professionnelles et d'action thérapeutiques.

7. Liste de la littérature/ mention des sources/ références

Création de registres appropriés selon les directives dans ce document sous le titre „Références“.

8. Annexes

Les annexes ne sont pas limités.

9. Déclaration sur l'honneur

Déclaration relative à la prestation propre et autorisation d'utilisation (obligatoire)

Je déclare par la présente, avoir rédigé le présent travail de manière autonome et n'avoir utilisé aucune autre aide que celles mentionnées. Tous les passages de ce travail empruntés à d'autres œuvres (au niveau du texte ou de l'esprit) sont signalés comme tels, avec l'indication des sources.

Nom, prénom :

Lieu, date :

Signature :

Autorisation de l'utilisation à des fins de formation (facultatif)

Par la présente, j'accepte que MMep utilise mon Étude de cas à des fins de consultation et de formation.

Nom, prénom :

Lieu, date:

Signature :

Critères d'évaluation Étude de cas

Partie C de l'examen : Évaluation Étude de cas

Note	Critères d'évaluation
6	très bien
5	bien
4	suffisant
3	médiocre
2	insuffisant
1	non recevable

Chaque déduction doit être justifiée.

Critères d'évaluation	Note obtenue	Remarques (chaque déduction doit être justifiée)
Impression globale, structure, pertinence L'Étude de cas est conforme aux exigences formelles. • Modèle Étude de cas • Dans les délais et sous forme électronique • Arial 10 • Formatage des paragraphes selon modèle • 20-25 pages, sans titre, table des matières et annexes • Annexes illimités • Texte continu • Body Chart complété sous forme électronique y compris légende • Protection des données • Littérature et mention des sources • Déclaration sur l'honneur		

Critères d'évaluation	Note obtenue	Remarques (chaque déduction doit être justifiée)
Introduction • Préambule • Rapport personnel • Choix de la pathologie • Choix du patient • Biographie de la maladie • Objectif du travail Analyse théorique • Schéma Deprust D= Définition, diagnostic, diagnostic différentiel E= Introduction, épidémiologie P= Prévention, prophylaxie, pronostic, pathophysiologie R= Facteurs de risques, risques de complication U= Causes/ (étiologie) S= Symptômes T= Thérapie		
Relevé des données et interprétation Hypothèse clinique avant et après l'examen clinique Données médicales : Collecte subjective de données Collecte objective de données • Inspection • Palpation • Contrôle du fonctionnement • Test de sensibilité • Mesures • Paramètres d'observation • Body Chart		

Critères d'évaluation	Note obtenue	Remarques (chaque déduction doit être justifiée)
Total des notes page 1		
Critères d'évaluation	Note obtenue	Remarques (chaque déduction doit être justifiée)
Concept de mesures Formulation des objectifs de traitement Objectifs patient Objectifs thérapeute Objectifs à court, moyen et long terme Formulation et justification du concept de mesures		
Protocole de traitement Date Heure & durée Méthodes Lieu du traitement Paramètres d'observation 9-12 traitements		
Évaluation Des objectifs de traitement Du contrôle des processus Au niveau des relations De la collaboration interdisciplinaire si existante D'autres thérapies possibles		
Conséquences et conclusion Assurance qualité Entretien de l'environnement professionnel Formation permanente		
Total des notes page 2		

Entretien professionnel

Objectif

L'entretien professionnel permet au candidat d'apporter dans le cadre d'une discussion professionnelle, la preuve qu'il est en mesure de défendre de manière fondée les enseignements qu'il a tirés de son Étude de cas, ainsi que les contenus pertinents pour la formation, de réfléchir à son action professionnelle et de la relier à un contexte global. L'entretien professionnel dure au total 40 minutes et est mené par les deux experts qui ont évalué l'Étude de cas. L'évaluation et la consignation de la décision des experts se fait d'un commun accord.

Réalisation de l'entretien professionnel

L'entretien professionnel se déroule sous la direction des experts. Deux experts sont toujours présents et l'entretien professionnel fait l'objet d'un procès-verbal écrit. Toute déduction de points doit être justifiée correctement. L'Étude de cas sert de base à l'entretien professionnel.

Déroulement de l'entretien professionnel

Au début de l'examen oral, le candidat dispose de 5 minutes pour faire part des aspects/enseignements positifs et négatifs relatifs à l'élaboration de l'Étude de cas. Cette entrée en matière n'est pas évaluée.

P.ex., il peut faire des déclarations concernant sa manière de rédiger son travail. Ou il évalue son travail de manière critique : lisibilité, intelligibilité, compréhension, logique, choix de la littérature. Enseignements tirés de l'étude de la littérature et leur mise en pratique.

S'en suit l'entretien professionnel de 55 minutes.

Les documents électroniques et écrits apportés peuvent être utilisés pendant toute la durée de l'entretien professionnel.

Dans la première partie de l'entretien professionnel, l'accent est mis sur le **relevé des données et l'interprétation** du cas concerné. Des questions sur l'analyse théorique, l'anamnèse, les résultats, les paramètres d'observation et les hypothèses formulées peuvent être posées.

Lors de la deuxième partie de l'entretien professionnel, l'accent est mis sur le **concept de mesures**.

Des questions sur les objectifs du traitement, paramètres d'observation, possibilités de traitement, le choix et les techniques utilisées ainsi que les principes d'efficacité, etc. peuvent être posées.

Dans la troisième partie de l'entretien professionnel, l'accent est mis sur **l'autoréflexion et l'évaluation** de l'ensemble du processus de traitement et les conséquences qui en découlent pour la pratique professionnelle.

Des questions sur la collaboration interdisciplinaire, sur le propre profil de compétences et le propre concept de formation continue peuvent être posées.

Visites de la commission d'assurance qualité

Une visite de contrôle de la qualité par les membres de la commission d'assurance qualité peut avoir lieu à tout moment.

Critères d'évaluation Entretien professionnel

Partie C de l'examen : Évaluation Entretien professionnel

Note	Critères d'évaluation
6	très bien
5	bien
4	suffisant
3	médiocre
2	insuffisant
1	non recevable

Critères d'évaluation	Note obtenue	Remarques (chaque déduction doit être justifiée)
Questions sur : relevé des données et interprétation		
Questions sur : concept de mesures		
Total des notes page 1		

Questions sur : évaluation/ réflexion et conséquences		
Le candidat communique de manière interdisciplinaire et adaptée aux différents niveaux		
Total des notes page 2		