



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

11^e année - N° 22 - Mars 2005

LaLettre@ifmkberck.com

■ ÉDITORIAL

Mille-cinq cent petits cadres kinés, mille-cinq cent, dans un service d'hospitalisation, dans une école, en centre de rééducation, en libéral parfois aussi. Entourés de kinés, de médecins, d'infirmiers, de cadres infirmiers, de patients, d'autres personnels rééducatifs et administratifs, d'étudiants.

Mille-cinq cent cadres kinés, mille-cinq cent, organisent, gèrent, enseignent et prévoient chacun dans son service, dans son école du mieux que possible, avec méthode, en y mettant tout leur cœur et rigueur, réellement - je le constate à chaque fois.

Mille-cinq cent cadres, mille-cinq cent, réfléchissent, écrivent des procédures, arrêtent des règles, créent des supports, s'épuisent à refaire, un à un, tour à tour, en petits nègres d'Agatha Christie, chacun de son côté, la même chose.

Des référentiels, des protocoles, des sujets d'examen, pour des préoccupations identiques, les mêmes, pareil, kif-kif...

Mille-cinq cent cadres kinés, M.C.M.K. ou cadres de santé, qui se connaissent si bien.

Gagnent toujours à se réunir pour travailler ensemble.

CA
idée
2007
stocks
budget
gardes
dossier
niveaux
de preuve
planning
évaluation
certification
SROSS dia-
gnostic réf-
érentiels sta-
giaires pénurie
accréditation
bilans écrits com-
mandes accueil
hygiène formation
continue remplace-
ments patient MSP
matériel représenta-
tion maternité congrès
protocoles médecin
temps réunion de direc-

Michel GEDDA
Directeur de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 21 :
Luc BOUSSION
- Parcours d'un cadre kiné :
Jean-Marc SOULÉ
- Découverte :
Grain de soleil
- Fenêtre :
Compassion et individu
- Nos rubriques habituelles

COMITÉ DE PUBLICATION

- **Daniel MICHON**
Directeur
I.F.C.S. de Grenoble
- **Marie-Odile PAILLET**
Chargée d'enseignement
Dijon
- **Philippe RIGAUX**
Responsable Formation Continue
"Bois-Larris" Santé Formation
- **Patrick ROTGER**
Coordonnateur Rééducation
Hôpital National de Saint-Maurice
- **Michel THUMERELLE**
Directeur
Polyclinique d'Hénin-Beaumont
- **François ZIMMERMANN**
Enseignant-Formateur
I.F.M.K. de Strasbourg

Coordination :

- **Michel GEDDA**
Directeur Général
I.F.M.K. - I.F.E.
Berck-sur-Mer
- **Jean-Charles NARCY**

ISSN 1267-7728

Tous les numéros de **La Lettre** téléchargeables à l'adresse Internet :
<http://www.physiorama.com/doc/lcsk/index.html>

LA LETTRE DU C.S.K. - I.F.M.K. - Avenue du Phare - B.P. 62 - 62602 BERCK-SUR-MER CEDEX

DOCUMENTATION

Les différents types de ressources documentaires.

Cet article est le deuxième d'une série. Il a pour objet de préciser quelques termes souvent rencontrés dans la littérature scientifique, médicale ou paramédicale et dont la signification reste floue pour certains (voir article précédent). Le choix des définitions n'engage bien entendu que moi !

ÉTUDE MULTICENTRIQUE : (*multicenter study*)

Un essai est multicentrique lorsque le recrutement des malades se fait dans plusieurs sites (source : glossaire EsPeR).

Exemple : Étude multicentrique prospective randomisée sur l'évaluation de la ventilation non invasive au cours du sevrage de la ventilation mécanique des patients insuffisants respiratoires chroniques : <<http://www.splf.org/rmr/depotElectronique/protocoleCompletVenise.pdf>>.

NIVEAU DE PREUVE : (*grade*)

Élément indiquant le niveau d'analyse critique des arguments scientifiques. L'indication du niveau de preuve est utilisée essentiellement pour qualifier les recommandations de pratique médicale en fonction des preuves dont on dispose (source : glossaire CISMef).

Exemple : À la recherche du niveau de preuve : théorie et pratique : <<http://www.ebm-journal.presse.fr/archives/acceslibre.asp?file=805>>.

RECHERCHE QUALITATIVE : (*qualitative research*)

En sciences humaines et sociales, la recherche qualitative privilégie des données non numériques recueillies dans le milieu naturel des personnes, pour en faire surgir les significations. Une méthode qualitative est un agencement de techniques de recueil et de traitement de données, appropriées à la résolution d'une problématique de recherche (source : Bibliothèque de l'Université Laval au Canada).

Exemple : *Perceived support needs of family care-*

givers and implications for a telephone support service : <http://www.cjnr.nursing.mcgill.ca/archive/33/abst33_2_ploeg.html>.

ANALYSE COUT EFFICACE : (*cost effectiveness analysis*)

Analyse médico-économique qui permet de comparer des stratégies qui diffèrent par leurs coûts et par leurs résultats médicaux. (source : Guide des principaux termes dans le domaine de ma santé. Paris : Flammarion, 1997).

Exemple : L'accident vasculaire cérébral en France : efficacité et coût des unités neuro-vasculaires par rapport aux soins conventionnels : <<http://www.rees-france.com/pdf/ART-2364%20AVC.pdf>>.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE : (*experimental study*)

Étude dans laquelle l'exposition à un facteur donné est contrôlée et manipulée par l'expérimentateur. Les sujets sont souvent, mais pas obligatoirement, séparés de façon aléatoire en deux groupes (groupe expérimental et groupe témoin). (source : glossaire B.D.S.P.)

Exemple : Gagey, O.J. *et al.* Étude expérimentale des luxations antéro-internes et érecta de l'articulation scapulo-humérale. *Rev Chir Orthop* 1993; 79: 13.

SENSIBILITÉ D'UN TEST : (*sensitivity*)

La sensibilité est un indicateur de la performance d'un test diagnostique. Elle représente le taux de vrais positifs, c'est-à-dire le pourcentage des sujets malades qui sont classés comme tels par le test. Elle s'exprime également comme la probabilité conditionnelle d'avoir un test positif si l'on est malade (source : glossaire EsPeR).

Bibliographie

1. Durieux P. Guide des principaux termes dans le domaine de la santé. Évaluation, qualité, sécurité. Paris Flammarion, 1997.
2. Jenicek M, Cléroux R. Épidémiologie clinique. Paris Maloine, 1985.



Emmanuelle BLONDET,
Responsable de la Chronique.
e.blondet@anaes.fr

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Mai 2004 : Numéro 21

par :

Luc BOUSSION

• Documentation (page 2) :

Dans son article, Emmanuelle Blondet tente de donner une définition et une explicitation simple des différents types d'études rencontrées dans la littérature. Elle réussit en quelques lignes à exposer l'essentiel avec clarté et précision, le tout illustré par des exemples.

Article utile et didactique à diffuser dans tous les centres de documentation et qui montre à quel point il faudrait maîtriser l'anglais à moins que des ambitieux se lancent dans la mise à disposition de revues traduites en Français... !

• L'A.F.R.E.K. (pages 5 et 6) :

Dans son article, Éric Viel a l'art d'aborder les questions qui font mal, qui feront mal à la profession si, rapidement elle n'engage pas les débats, les clarifications, les propositions de réformes et les transformations nécessaires pour s'orienter définitivement vers l'autonomie.

Tous les ingrédients sont à portée de mains pour déréguler les professions inorganisées (au sens de leur capacité à anticiper). Les professions comme la nôtre qui, de plus, prétendent pouvoir se réfugier derrière les monopoles déjà largement bafoués (le massage pour ne citer qu'un exemple) seront des proies faciles à la dérégulation ou au démantèlement.

Les exemples de dérégulation existent déjà : je citerais de façon anecdotique les coiffeurs, qui ont des modalités différentes d'accès au métier en fonction du type d'exercice, il est possible de s'installer avec un C.A.P. pour un exercice à domicile, mais il est nécessaire d'avoir un brevet professionnel pour ouvrir son salon.

Dans une société où certains indicateurs économiques ne sont pas dans le vert, il peut être tentant politiquement de déréguler des professions, de se servir de la V.A.E. pour créer de nouveaux métiers dès lors que les besoins ne sont pas satisfaits et que les statistiques des demandeurs d'emploi augmentent.

L'A.F.R.E.K. a lancé une étude visant à définir l'activité réelle des kinésithérapeutes, ceci est très

important, d'autant que celle-ci bénéficiera du crédit universitaire. Cependant, la difficulté que vont rencontrer les enquêteurs sur ce sujet sera liée à la diversité des exercices professionnels tant en matière de modalités d'exercice que de champs d'activités avec les compétences très diverses qui y sont associées et qui devront être identifiées.

Je partage l'idée d'Éric Viel qu'il est urgent de définir la masso-kinésithérapie, mais le problème va au-delà de cette définition, certes nécessaire. Si nous prenons conscience que notre profession est très diverse au travers de ses différents champs d'activités et qu'elle constitue à l'évidence plusieurs métiers et/ou plusieurs professions, alors l'urgence est à son identification.

En effet, notre profession n'est pas lisible, donc pas visible (si ce n'est les visions médiatiques stéréotypées qui en sont données), et ceci, en 2005 est catastrophique pour une profession de santé, qui doit répondre aux besoins légitimes des citoyens. Dans nos propres villes, localités, départements nous ne savons pas, nous gens de la profession, qui fait quoi.

Pour exemple, il ne se passe pas de semaine sans que des patients s'adressent à notre I.F.M.K. pour fournir l'adresse d'un masseur-kinésithérapeute spécialisé en ceci ou cela. Nous sommes par méconnaissance, incapables de répondre la plupart du temps à ces questionnements, vous imaginez à l'ère de la communication ce que peuvent en penser les patients et surtout quel peut être leur désarroi !

À partir de ce constat, nous ne pouvons avoir qu'une reconnaissance sociologique limitée, or l'évolution des métiers/professions passe par cette représentation. Bien-sûr, des initiatives existent en ce sens, mais elles ne sont pas suffisantes et le problème d'identification de la profession reste entier et fondamental à résoudre.

Alors, certains opposeront les vieux arguments désuets : reconnaître des spécialités, des expertises ou encore des qualifications, entraîneront la balkanisation de la profession !

Cela fait 15 ans que ces arguments sont véhiculés, que la peur d'identifier nos compétences et nos savoirs-faire sous de multiples prétextes nous conduit à laisser la confusion (du qui fait quoi ?) sur de nombreux champs d'activités. En outre, cela pousse à ne pas investiguer ou développer des secteurs d'activité qui seront bientôt exploités par d'autres !

Notre profession doit travailler à sa lisibilité et à sa visibilité sinon il ne faudra pas se plaindre dans le retour au tout médical ambiant de voir l'orientation masso-kinésithérapique décidée par le médecin traitant (puisqu'il devient l'aiguilleur du ciel de la santé) et ainsi grignoter le peu d'autonomie chèrement acquis.

Si nous pensons qu'il n'est pas péjoratif d'être kinésithérapeute généraliste, que de multiples savoirs et savoirs-faire existent dans la profession, que nos orientations professionnelles sont plurielles, que les orientations vers les spécialisations sont nécessaires et que toutes les orientations sont également respectables, car, répondant aux besoins de la population alors identifions nous.

Abordons cette problématique avec courage et lucidité tous ensemble (syndicats, instances responsables et autres acteurs de la profession), dans l'intérêt du public, des patients (au cœur du système de santé) et de celui de l'évolution de la profession.

Par ailleurs, une profession qui, comme le fait remarquer Éric Viel, accepte les transferts de compétences vers le haut (diagnostic kinésithérapique), doit accepter des transferts de compétences vers le bas. Elle doit proposer l'organisation de ces transferts afin de répondre aux besoins de la population et ainsi anticiper et contrôler sa filière avant que d'autres ne l'organisent à sa place, avant que d'autres métiers ne voient le jour sous des existences parallèles et en dehors de sa filière.

Pourquoi ne pas proposer la création d'un métier d'aide-kinésithérapeute, dans la filière de la masso-kinésithérapie susceptible de répondre aux besoins, à condition que la filière de masso-kinésithérapie se renforce et soit un peu mieux assurée vers le haut. Ceci signifie qu'à l'heure à laquelle les ministères souhaitent imposer, cantonner, les masseurs-kinésithérapeutes et les autres professions paramédicales (orthophonistes, ergothérapeutes, infirmières, etc.) dans une formation à bac plus trois, il est temps de produire, proposer et faire aboutir une grande réforme !

Nous ne devons plus subir, les réformes ministérielles de type "rustinage" qui de réformattes en réformattes nous conduisent dans le mur. Nous devons tous impérativement initier, organiser, les débats afin d'aboutir rapidement à une proposition de réforme globale de nos professions.

Vous avez compris que je prône à la fois les transferts de compétences vers le bas, en même temps que

de réelles possibilités de développements vers le haut (les doctorats).

En conclusion, osons l'exigence de la grande réforme, le "package" allant du transfert des compétences vers le bas en passant par la formation initiale, les spécialités, la formation des cadres enseignants le tout dans la poursuite de l'universitarisation de notre profession, dans la dynamique du processus de Bologne 2010, qui ne doit pas cantonner les kinésithérapeutes à une formation "bac +3".

La possibilité de se développer vers le haut est la meilleure façon de construire, d'affiner, de créer de nouveaux savoirs, d'assurer de nouvelles compétences et c'est vraisemblablement qu'à ce coût que nous ferons évoluer nos métiers/professions vers un avenir large et autonome.

Je remercie Michel Gedda de m'avoir donné l'occasion d'exprimer ces opinions dans *La Lettre du C.S.K.* car ma conviction sur ce sujet est que les cadres doivent être moteurs dans les réflexions et l'action.

Enfin, merci à Éric Viel, d'aborder au travers de ces réflexions ces sujets fondamentaux, de poursuivre, alors qu'il pourrait se contenter d'admirer la belle nature qui l'entoure !

• **Cadrekine.net** (page 8) :

Je suis persuadé que l'article de Pierre Trudelle, dont la qualité rédactionnelle est connue pour son pragmatisme, sa concision et sa rigueur sera un document très efficace pour beaucoup. J'ai essayé et cela fonctionne tel qu'il le dit...!

Merci à l'efficace et infatigable Pierre Trudelle !

• **Encadrement** (page 10) :

Véronique Billat et Martine Tutin, se proposent de fixer le cadre de l'entretien et de proposer au lecteur une maquette de procédure de l'entretien d'évaluation des personnels.

Ceci est certainement très utile pour les cadres ne bénéficiant pas de directives et de procédures précises à appliquer, ce qui est vraisemblablement le cas dans les petites structures.

Comme l'auteur, j'évoquerais la limite de ces instruments et prônerais le rôle essentiel de cet outil dans l'instauration du dialogue social et de la fixation de objectifs à partager.

• **La preuve !** (pages 13 et 14) :

Jöelle André-Vert expose quelques possibilités de questionnements, de développements de la recherche clinique en illustrant son propos par des exemples concrets, son exposé est clair et utile.

Je l'encourage à poursuivre ce type d'article en abordant la méthodologie en recherche, car quels que soient le type d'études, la valeur finale se juge au travers des qualités méthodologiques.

• **Débat d'opinion** (pages 15 et 16) :

À mon humble avis, il est démontré depuis un certain temps que les acquis de la réhabilitation respiratoire (et je rajouterais cardio-vasculaire) sont très vite réduits à néant si ce travail de réhabilitation n'est pas poursuivi ou entretenu.

Cela méritait d'être à nouveau souligné par cette expérience de ce réseau qui est à diffuser pour faire des adeptes.

Nul doute qu'en dehors des éventuelles économies générées, ces prises en charge apportent une nette amélioration de la qualité de vie à ces patients, ce qui est l'essentiel.

• **Formation** (pages 17 à 19) :

La problématique de la qualité des stages dans le processus de formation initiale est un vrai casse-tête pour les directeurs des I.F.M.K. !

Alors, quel plaisir pour moi de saluer le travail qui est fait par cette structure dans sa démarche qualité.

Certes d'autres exemples existent, mais il faudrait que cette démarche se généralise.



Luc BOUSSION,
Directeur,
I.F.M.K. de Vichy (03).

**FRANCO
&
FILS**

C O N C E P T E U R

CATALOGUE SUR DEMANDE

LONGÉVITÉ :

Articulations montées sur paliers anti-usure.

FINITION :

Poudre Polyester + Epoxy cuite au four à 200°C.

DEPUIS 1955

N°1

TABLE ELECTRIQUE

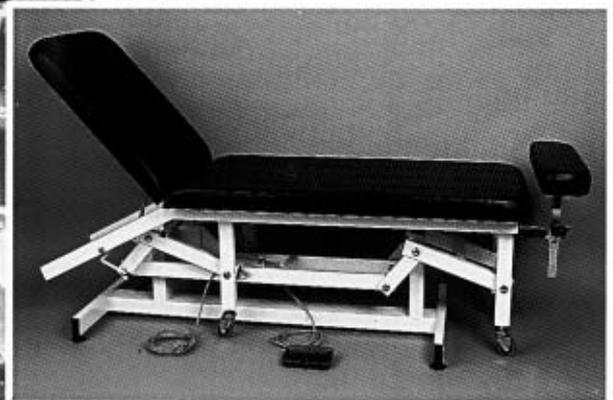
30 MODÈLES

SÉCURITÉ D'UTILISATION :

Double isolation, commande par pression d'air (pas de fil électrique dans le châssis).

STABILITÉ :

Section et conception des parallélogrammes.



Z I. RN7 58320 POUQUES-LES-EAUX TEL 86 68 83 22 FAX 86 68 55 95

F A B R I C A T I O N
D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX

■ LA F.N.E.K.

Des nouvelles.

La F.N.E.K. vient de fêter ses trois ans d'existence, et plus que jamais les étudiants en masso-kinésithérapie éprouvent le besoin de prendre en main leur situation et leur avenir.

De nombreuses réformes marquent l'actualité de nos études. Certaines sont à venir, d'autres sont déjà en train de s'installer. Quoi qu'il en soit, c'est bien plus que la formation initiale qui va s'en trouver bouleversée.

L'application du processus de Bologne (Licence-Master-Doctorat : L.M.D.) aux études de santé est sans doute le changement majeur et incontournable. Les étudiants souhaitent que cette réforme concerne la filière de masso-kinésithérapie. L'annonce de François Fillon, fin 2004, a ouvert la voie.

Notre inclusion dans la réforme européenne de l'enseignement supérieur sera bien plus qu'une simple réorganisation du cursus : c'est surtout une occasion inespérée pour revoir complètement notre formation.

La F.N.E.K. travaille ainsi à la redéfinition du contenu pédagogique de nos études, à l'élaboration d'un système d'entrée en I.F.M.K. à la fois sélectif et formatif (plus qu'actuellement) et à la reconnaissance de nos compétences par un niveau de diplôme cohérent.

Toutes ces réflexions ne peuvent néanmoins être menées sans échanges avec l'ensemble des acteurs de la masso-kinésithérapie, notamment les professionnels et les Instituts de formation.

Les étudiants sont bien conscients que c'est tout le paysage de la profession qui se verra modifié. Le L.M.D. annonce le passage à l'Université. Cette avancée inédite ouvrira les portes de la recherche aux masseurs-kinésithérapeutes, développera notre autonomie et décuplera les savoirs.

Mais les ministères n'abondent pas forcément dans le bon sens en affirmant vouloir cantonner les formations de santé en cursus "*les plus courts possibles*"... Le niveau et les compétences des futurs diplômés sont ici mis en cause. L'unité de la profession est là encore indispensable pour son avenir.

La F.N.E.K. est vigilante également sur les dossiers qui concernent plus spécifiquement les étudiants. La loi de décentralisation (13 août 2004) tranche en effet aux Conseils Régionaux la capacité de délivrer les bourses des étudiants en masso-kinésithérapie, sage-femme et soins infirmiers. Afin que de nouvelles disparités ne se créent entre étudiants de régions différentes, et que le gouffre avec les étudiants des Universités ne se creuse encore, la F.N.E.K. travaille à ce que ce système de bourses soit équitable. Nous souhaitons que des critères minimaux soient fixés aux Régions pour se rapprocher le plus possible des aides dispensées aux autres étudiants.

Mais la F.N.E.K. couvre toute la vie étudiante, pas uniquement les questions de réforme. Aussi, pour répondre à la demande croissante des étudiants, nous élaborons une base de données de référence pour l'engagement solidaire, en collaboration étroite avec l'association *Grain de Soleil* (voir page 15). Elle devra permettre d'orienter les étudiants dans leur désir d'investissement humain, que ce soit au cours de leurs études ou après l'obtention du Diplôme d'État.

La F.N.E.K. continue donc d'œuvrer pour les étudiants en masso-kinésithérapie, à travers les réflexions sur la formation, mais également par le soutien et les conseils pour chacun d'eux, et pour les associations étudiantes.

N'hésitez pas à venir suivre les actualités étudiantes, et pourquoi pas à participer, sur notre nouveau site internet entièrement rénové : <www.fnek.org>.



Arnaud DURAND,
Responsable de la Chronique.
thelenono@wanadoo.fr

■ LA QUESTION NAÏVE

Et si être cadre, c'était aussi être capable de ne pas plaire ?

■ FORMATION

La kinési-pédagogie ou le mimer est apprendre...

par

Hervé COCHET,

*Cadre de Santé Masseur-Kinésithérapeute
Docteur en Sciences de l'Éducation.*

“Il n’y a pas de connaissances, ni de notions, fussent elles la plus théorique, que je n’appréhende pas tout d’abord à l’aide de mon corps” (Albert Einstein).

Dès 1984, je propose à mes étudiants d’apprendre, de comprendre la Neurologie et sa Rééducation par l’utilisation de leur propre corps. Pour ce faire, nous faisons appel au mime :

- mime de patients connus d’eux ;
- mime de ce qu’ils imaginent de la neurologie ;
- mime de fonctionnements exagérés et de dysfonctionnements caricaturés ;
- réflexions par le mime sur les propriétés de notre corps humain commun et de nos corps singuliers.

Prendre ces mimes comme fondements de la compréhension du système nerveux et de ses perturbations me semble la pédagogie la plus kinésithérapique à exploiter en I.F.M.K. Effectuer “en live” la démarche de bilan-diagnostic et celle de rééducation, face à un étudiant/mime/patient convoque dans la réalité l’idée d’adaptation, d’instantanéité, d’inventivité.

Bien entendu, l’“étudiant-mime” fait ce qu’il pense, ce qu’il voit en lui. Il donne à son corps mouvements, postures et réactions qu’il conçoit personnellement. L’utilisation peut alors aller :

- soit dans le sens de comparer avec des patients réels pour améliorer le senti, la compréhension de chacun, en regard des signes et réactions neurologiques répertoriés en sémiologie ;
- soit dans le sens de prendre ce que propose l’étudiant et de travailler avec, observation clinique de l’instant à interpréter et exploiter immédiatement.

Apprendre de l’attendu connu et décrit en neurologie et/ou travailler les critères cardinaux du rééducateur neuro : s’attendre à l’inattendu et en faire quelque chose de rééducatif pour le patient.

De 1992 à 2001, j’entraîne un groupe de formateurs en I.F.M.K. dans cette aventure profondément “kinési-pédagogique”. C’est ainsi que le module de neurologie de 2^{ème} et 3^{ème} année peut s’ouvrir par une visite du médecin consultant différents patients : hémiplégique, parkinsonien, cérébelleux, tétraplégique et périphérique

(autant de mimes en direct réalisés par les formateurs), symbolisant ainsi pour les étudiants les grandes familles qu’ils étudieront. Il peut se continuer plus tard par des rééducations en direct (formateur/mime/patient + formateur/mime/rééducateur) insistant sur la lecture clinique des moindres détails et sur l’adaptabilité technique de l’instant. Plus loin, chaque session de pratique peut commencer par des sketches approfondissant des dimensions spécifiques à chaque patient (coordination, déplacement, vie quotidienne...) ou symbolisant des liens entre vécus pathologiques et compréhensions neuro-physiologique des phénomènes observés. Bref, la liste des situations pédagogiques inventives centrées sur le mime est toujours renouvelable.

Émouvoir, faire rire, énerver, faire rêver sont des critères toujours invités à ces tranches de vie un peu incroyables, impensables, souvent formidables.

Comme nous l’avons vu, outre le mime des étudiants, celui des formateurs était très sollicité, particulièrement en évaluation. Rééduquer son “prof” au tapis, le regarder, comprendre, mettre ses mains, le guider pour améliorer la régulation du tonus, le contrôle du geste, la tenue d’une position, la réaction à adapter, la fonction à recréer... donne une forme d’engagement, de corps-à-corps rare en situation scolaire d’évaluation et de formation. Pour les évaluateurs, la clarté d’une main posée sur son propre corps montre bien plus que toutes les récitations préparées à l’avance, même si l’une n’exclut pas l’autre, ailleurs à un autre moment.

En évaluation comme en apprentissage (l’un peut-il se distinguer de l’autre ?), regarder un patient-mime rééduqué par un rééducateur-mime donne à observer la boucle observation/interprétation/proposition du rééducateur : son senti, son attention aux détails, sa finesse, son rythme, sa sécurisation du patient, son contact englobant, précis ou confus...

Pendant une dizaine d’années, ce travail s’est développé. Depuis, il a fait des émules et semble survivre aux précurseurs dans différents lieux de formation en rééducation neurologique.

Le mime travaille l’inscription corporelle du savoir. Le tâtonnement pratiqué par l’étudiant, guidant le corps du patient-mime, reflète le tâtonnement de la compréhension, de la pensée, de la représentation. L’expression gestuelle du “vu” et du “compris” peut donner accès à l’état de cette représentation du mimant, compte tenu, comme filtre, de son habileté théâtrale, des émotions que cela suscite et des perturbations provenant de l’univers relationnel dans lequel cela se déroule.

Le corps au centre d’une pédagogie cherchant à former des thérapeutes du corps, cela semble logique !

Il n’est pas ici question de simple “monstration”, caricature amusante ou soi disant “exemplifiante”, il s’agit bien de théâtre total, de danse, de volonté d’empathie

corporelle. Le pédagogue conduit son monde loin dans les profondeurs de la perturbation humaine et de la compréhension qu'il nous faut mobiliser en tant que rééducateur de ce qui n'est pas simple : le cerveau perturbé.

L'évaluation s'enrichit. Elle s'approche de sa signification fondatrice, la triple question du sens : "Comment j'utilise mes sens ? Comment je donne sens à ce que je perçois ? Dans quel sens allons-nous ?".

Le mime approfondi, le plus spontané comme le plus préparé, ouvre à une forme d'anthropologie de la relation rééducative : une évaluation multidimensionnelle complexe de celle-ci, croisant perception, gestualité, cognitif et émotionnel entremêlés.

Notons que le vieil argument classique arguant de l'impossibilité d'enseigner la clinique et la rééducation en I.F.M.K. du fait de l'absence de patients, tombe de lui-même face au mime, car s'adapter au corps de l'autre, à ce qu'il montre, s'adapter dans l'idée de comprendre comment il bouge et ressent, semble transférable partout.

L'attente de l'inattendu devient la cible privilégiée pédagogiquement se rapprochant ainsi de la réalité de terrain, en neurologie particulièrement : "Qui va surgir ? Que vais-je savoir voir et ne pas voir, entendre et comprendre ? Que vais je en faire... ? Et pour aller vers où ?"

Loin du modèle théorique finalement jamais rencontré en pratique sur le terrain, le mime permet de voyager, d'appriivoiser la diversité, de travailler au niveau "méta" d'une compréhension clinique complexe prête à traiter avec l'incertitude. Le soi profond est en jeu, en JE. Le corps de soi devient autre, même à soi-même, il présente de l'étrangeté à comprendre, à acclimater, avec laquelle se familiariser.

Apprendre sur soi c'est s'incorporer, s'approprier.

Attention, le mime n'est pas leurre. Il ne s'agit pas de la réalité "vraie", nous sommes bien à l'école et nous jouons. Nous jouons à comprendre, à apprendre, à imaginer, à sentir, mais c'est un jeu, ce n'est pas pour de vrai.

Mimer n'est pas non plus devenir même, c'est rester soi et trouver du similaire du "comme" l'autre. Les patients que j'habite dans mes mimes vivent leurs vies et moi la mienne, mais nous nous croisons, nous nous superposons pour un temps. Il est fascinant de se sentir influencé dans son propre corps par un mime que l'on a pourtant arrêté depuis plusieurs minutes. Le parkinsonien guilleret peut traîner étrangement la patte gauche sous l'influence de l'hémiplégique gauche mimé quelques minutes auparavant, et le poignet tombant d'une paralysie radiale peut se relever avec difficulté alors que le cours est fini depuis un moment.

Enfin, si l'idée de "mime juste", de "bon mime", voire de "mime exact" apparaît, c'en est fini de la spontanéité, de l'intériorisation, la récitation sage et docile, homogénéisante, reprend le dessus. Si le regard péda-

gogique posé prend comme axiome que tout ce qui va être donné à voir et à entendre par le mime est source d'observations, de réflexions, de débats, l'imprécision, l'inexactitude n'existe plus, tout est bon à prendre.

Évidemment cette approche ne se suffit pas à elle-même. Les tableaux cliniques, les syndromes, les grands concepts rééducatifs sont à enseigner. Mais un enseignement classique n'atteint pas les dimensions que le mime mobilise. Apprendre par son propre corps, en tant que mime ou en tant que partenaire d'un mime, c'est recruter l'ensemble de ses facultés cérébrales : motrices, sensitivo-sensorielles, cognitives et émotionnelles, intuitives et évaluatives. L'expérience vécue donne du sens.

Parallèlement, le mime peut conduire aussi à apprendre l'anatomie, la physiologie, la thérapie manuelle... La formation cadre (pourtant caricaturée comme administrative et gestionnaire) peut bénéficier de cette approche mobile et revigorante. Essayez donc les 3 situations pédagogiques suivantes :

• **Situation 1** : Chaque étudiant mime un patient vu en stage. Ses collègues observent, décryptent, proposent. Le formateur cherche avec eux, prend des séquences comme prétexte explicatif ou démonstratif.

• **Situation 2** : Deux enseignants présentent longuement un tableau rééducatif en cours magistral : l'un est patient, l'autre rééducateur. La situation n'est pas préparée, le patient va parler, agir, réagir à sa façon, le rééducateur va s'adapter et commenter cette adaptation. Le rire, la tristesse, la colère et la peine sont convoquées évidemment. La vidéo vivante peut s'arrêter, reprendre, être modifiée... La réalité devient souple.

• **Situation 3** : Un formateur mime, un étudiant doit l'observer et le rééduquer dans un temps donné. Un évaluateur extérieur à la scène observe ce duo.

La neurophysiologie actuelle nous appuie dans ses grands axes de recherche sur :

- l'importance de l'imagerie mentale ;
- la multiplicité et l'inter-connection des encartages cérébraux ;
- les rôles essentiels reconquis par les émotions dans nos conduites, y compris les plus "raisonnables" ;
- la physiologie de l'attention et de la décision.

Bientôt le cerveau mimant ou engagé dans une situation de réaction face à un mime révélera ses fonctionnements. Seront-ils éloignés de ceux suscités par le rapport à la réalité ?

En tant que M.K., il me paraît inimaginable d'être formateur dans notre métier sans passer pédagogiquement par le corps, à moins de fabriquer des M.K. désincarnés !

Nous travaillons dans le vivant, le singulier, la surprise, le quotidien, le mouvement, le senti, faisons confiance au corps... aux corps de savoir !

FENÊTRE

Parce que nous pensons que le fonctionnement, le quotidien ne doivent être les seuls préoccupations et ressources du cadre, nous voulons ouvrir La Lettre du C.S.K. à ces autres dimensions qu'on aborde rarement "la tête dans le guidon".

Pas pour être efficace, pour ne rien résoudre, juste sortir un peu de notre microcosme, s'en enrichir peut-être... Cette rubrique sera une fenêtre à ouvrir sur tout un monde de culture, de curiosités et d'intérêts divers qui peuvent aussi exister quand on forme, guide et vit auprès de femmes et d'hommes en évolution. Une ouverture vers ce que vous voudrez bien.

Car cette bouffée existera par vos soins.



par :

Sa Sainteté le XIV DALAÏ-LAMA,

La compassion et l'individu.

D'entrée de jeu, il est possible de diviser tous les genres de bonheur et de souffrance en deux grandes catégories : mentale et physique. Des deux, c'est l'esprit qui exerce la plus grande influence sur la plupart d'entre nous. À moins d'être gravement malade ou privé du nécessaire, notre condition physique joue un rôle secondaire dans la vie. Si le corps est content, pratiquement nous l'ignorons. L'esprit cependant enregistre le moindre événement, aussi infime soit-il. Nous devons donc consacrer nos efforts les plus sérieux à instaurer une paix mentale.

Bien que limitée, ma propre expérience m'a montré que le plus haut degré de tranquillité intérieure venait du développement de l'amour et de la compassion.

Plus nous nous soucions du bonheur des autres, plus notre propre bien-être s'accroît. Cultiver un sentiment de cordialité et de proximité chaleureuse envers les autres met automatiquement l'esprit à l'aise. Cela aide à dissiper les craintes ou l'insécurité que nous pourrions nourrir, tout en nous donnant la force de faire face aux obstacles que nous rencontrons. C'est la source ultime de la réussite de la vie.

Aussi longtemps que nous vivons dans ce monde, nous sommes voués à rencontrer des problèmes. Si, dans ces moments, nous perdons espoir et nous nous décourageons, nous amoindrissions notre capacité à affronter les difficultés. D'autre part, si nous nous souvenons que ce n'est pas seulement nous, mais tout un chacun qui doit passer par la souffrance, cette perspective plus réaliste confortera notre détermination et notre capacité à surmonter les ennuis. En fait, en adoptant cette attitude, tout nouvel obstacle peut être considéré comme une bonne occasion d'améliorer notre état d'esprit !

Ainsi, nous pouvons graduellement tendre à davantage de compassion, ce qui veut dire développer à la fois une authentique sympathie à l'égard des souffrances d'autrui et la volonté de les aider à s'en défaire. Il en résultera un accroissement de notre propre sérénité et de notre force intérieure.

OFFRES D'EMPLOI

† L'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Dijon (21) recrute pour la rentrée 2005/2006 :

2 moniteurs plein-temps H/F

Pour renforcer l'équipe actuelle par rapport à l'augmentation des quotas d'entrée et à la mise en place d'un nouveau projet pédagogique.

Poste à pourvoir à partir du 1^{er} juillet 2005.

Pour tout renseignement et envoi du dossier de candidature s'adresser à :

**Mr le Président du Conseil
d'Administration**

I.F.M.K. de DIJON

6B, chemin de Cromois
21000 DIJON

Avant le 27 mars 2005

Tél : 03 80 65 84 00 - Fax : 03 80 65 34 89

ifmk.dijon@wanadoo.fr

† L'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Vichy (03) recrute pour la rentrée 2005/2006

1 enseignant plein-temps :

- choix sur matières à enseigner : P.N.F., neurologie périphérique, rééducation en rhumatologie, D.L.M., thérapie manuelle, ergonomie, technologie de base ;

- encadrement et suivi des stagiaires sur terrains de stages.

Le candidat (H/F) sera titulaire diplôme de cadre et disposera d'une expérience professionnelle lui permettant de transférer des savoirs cliniques.

Motivé par le travail en équipe et les projets, posséder un diplôme de 3^{ème} cycle ou un doctorat lui sera un plus.

L'I.F.M.K. peut compléter la formation d'un candidat motivé.

Monsieur le Directeur

I.F.M.K. de VICHY

CENTRE HOSPITALIER

3, Boulevard Denière
03200 VICHY

Tel : 04 70 97 22 42 - Fax : 04 70 97 22 50

direction.ifmk@ch-vichy.fr

■ Cadrekine.net

Vidéos et diffusion de messages : les clés du Web.

Le 12 février 2004, j'étais, là, tout seul derrière mon ordinateur. Un peu anxieux : *est-ce que cela marcherait ?* J'allais tout simplement assister à une première en kinésithérapie : "une conférence internationale en direct sur Internet...".

Tout d'abord je m'étais enregistré sur le site depuis 3 semaines. Un nom d'utilisateur, un mail et un logiciel gratuit de vidéo était à installer (*realone player* : <<http://www.real.com/>>).

Ensuite les dates et les thèmes des conférences étaient proposés, ainsi que l'horaire. Une page Internet informait l'heure locale en fonction du pays (il fallait penser à tout le monde !!!).

Je me connectais au site à 20h50, dix minutes avant le coup d'envoi !

Il fallait télécharger un petit fichier qui servait de "lien" vers le site et ouvrait "*realone player*".

Et à 21h00, la vidéo démarrait. Une personne nous remerciait d'être présent et nous présentait les intervenants. Le premier intervenant commençait son intervention et nous pouvions suivre son discours et le diaporama "*powerpoint*" en parallèle.

Au bout de 30 minutes, la coordinatrice nous sollicitait pour des questions envoyées sur le mail du site. Les pays nord-américains et asiatiques étaient les plus prolifiques en questions...

Techniquement, la conférence s'est déroulée sans accroc. Pour le conférencier, le fait de parler derrière un pupitre et avec une caméra devant soi n'a pas été un problème et des spectateurs semblaient être aussi présents physiquement dans la salle. Cela devait rendre un peu humain ce genre d'exposé.

Les fichiers "*powerpoint*" et la vidéo de la conférence étaient ensuite disponibles sur le site web (<http://www.bu.edu/cre/webcast/sos_archive.htm>). Vous pouvez les visionner en cliquant sur le lien du titre (n'oubliez pas d'installer "*realone player*" et de redémarrer votre ordinateur après l'installation). Un second lien redonne une transcription écrite de la conférence.

Au total, 900 personnes de 15 pays différents ont suivi ces 5 conférences mensuelles à l'adresse : <<http://www.bu.edu/cre/webcast/index.html>>.

La technologie est là, elle est utilisée à l'Université de Boston. Elle se répandra dans les prochaines années en France ? À suivre...

Une autre technologie se développe : le web dynamique. Dans les premiers temps d'Internet, les pages qui étaient affichées étaient toutes écrites individuellement et restaient fixes (statiques).

Le web dynamique permet d'aller chercher dans une base de données des informations et de "composer la page" avec les informations recueillies.

Le "php" est très utilisé et des développeurs proposent gratuitement les fichiers qui permettent de réaliser des forums, des sondages, des listes de diffusion sur son propre site personnel (<<http://www.phpbb-fr.com/>>).

Le site *cadredesante.com* utilise cette technologie pour son forum (<<http://www.cadredesante.com/phpbb/>>). Vous pourrez constater que le nombre de membres est de 1 252 et que le nombre de messages s'élève à 44 356 (au 07/11/04) !

Toutes ces données sont générées automatiquement par les fichiers "phpbb". Évidemment, les recherches par mots-clés dans les messages envoyés ou les titres des messages se génèrent automatiquement.

Pour les internautes, ces progrès vont permettre des échanges plus nombreux, avec un contenu adapté aux visiteurs...

Les cadres de santé kinésithérapeutes doivent rechercher ces sites modernes et les faire vivre.

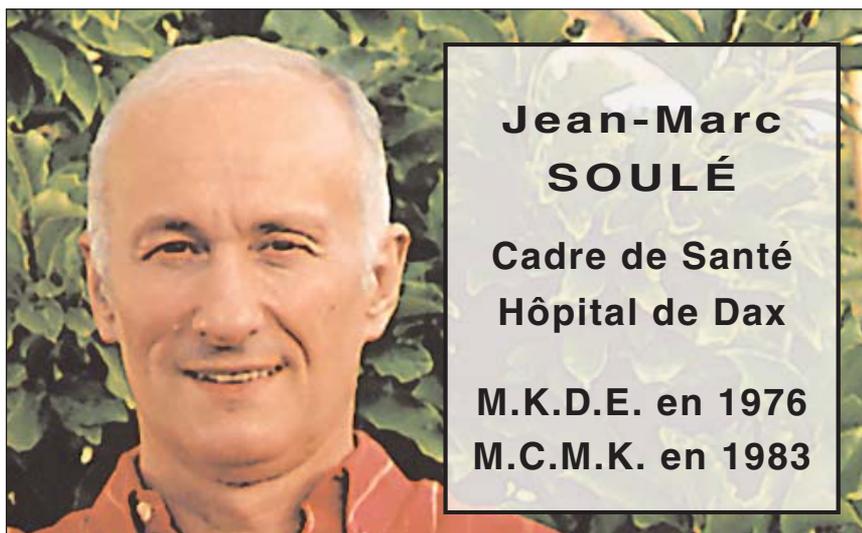
En interrogeant le forum de *cadredesante.com* avec le mot "kine", j'ai obtenu seulement 5 résultats (sur 44 356 messages) et sur la page d'accueil du site 19 articles ou brèves (<<http://www.cadredesante.com/spip/>>)...

À suivre...



Pierre TRUDELLE,
Responsable de la Chronique.
p.trudelle@wanadoo.fr

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



**Jean-Marc
SOULÉ**

**Cadre de Santé
Hôpital de Dax**

M.K.D.E. en 1976

M.C.M.K. en 1983

Quel est votre parcours professionnel ?

Après le Bac, j'ai fait l'école de kinésithérapie à Vichy de 1973 à 1976. Une fois le Diplôme d'État en poche, j'ai fait un an d'exercice libéral dans la région vichyssoise, et ensuite, comme j'avais le mal du pays, je suis revenu dans la région dacquoise, surtout plus proche de la mer (j'ai été maître-nageur sur la côte landaise pendant 7 ans). Je me suis alors rendu compte que l'exercice libéral ne correspondait pas tout à fait à ce que j'attendais de ma vie, à savoir que je voulais une activité professionnelle telle que dans les centres de rééducation où j'avais vraiment apprécié mes stages, et qui me permettrait d'allier vie de famille et sport.

C'est un choix de qualité de vie parce que l'exercice me prenait du matin au soir tard, et moi qui faisais du rugby à Vichy, j'arrivais à l'entraînement toujours à la bourre. Voilà pourquoi je suis revenu sur la région dacquoise et entré au centre hospitalier de Dax.

Donc depuis 1978, je suis au Centre Hospitalier de Dax où j'ai commencé par le centre de géria-

trie, parce que quand on arrive à Dax on commence toujours par la gériatrie !

Au bout d'un an, un poste s'est ouvert au service thermal de l'hôpital où il y avait une très bonne ambiance mais un travail très vite sclérosant : massages toute la journée, surveillance piscine, douches sous-marines ; au bout d'un moment ça va !

Aussi j'ai voulu faire l'École des Cadres afin de changer du thermalisme et surtout gérer une équipe de kinésithérapeutes, étant donné que le projet de l'hôpital était de créer un Centre de Rééducation. À ce moment là je faisais toujours du sport avec les kinés et les médecins libéraux et cela me chagrinerait quand ils disaient qu'au niveau hospitalier les kinésithérapeutes n'avaient pas de travail assidu, doutant également de leur compétence. Je voulais aussi prouver à mes petits camarades sportifs qu'avec un peu d'organisation les kinésithérapeutes hospitaliers pouvaient également faire des soins de qualité et que les libéraux n'étaient pas les seuls à faire correctement leur métier.

Donc je suis parti faire l'École des Cadres en 1982 à "Bois-

Larris". Ça m'a quand même marqué. Je voudrais d'ailleurs souligner la qualité de l'École des Cadres de "Bois-Larris", des enseignants et même de notre promotion. Tout le monde peut dire ça, mais bon, nous avons une promotion de gros travailleurs, des gens qui avaient de grandes qualités et qui savaient allier les plaisirs de la vie avec le travail.

Après 1983, je suis revenu à l'hôpital de Dax où j'ai pris des fonctions de surveillant comme cela se nommait. Ma mission était d'organiser le service kinésithérapie parce que le directeur et les médecins ne savaient pas qui faisait quoi, ou et comment.

Je devais donc attribuer des services aux quatre kinésithérapeutes qui travaillaient à l'hôpital, car les médecins voulaient savoir avec qui ils travaillaient et attendaient des échanges.

Cette organisation m'a pris du temps avant d'être ce que j'attendais, c'est-à-dire une organisation où tout le monde est satisfait, à savoir : les patients, les kinésithérapeutes, les médecins, et la Direction. C'est vrai que ça coûte pas mal d'énergie avant que tout se mette en place. C'est comme un jeu de *Légo* : avant d'arriver à construire un avion, il faut pièce par pièce et jour par jour mettre tout en place tout en douceur en prenant bien soin de l'avis de chaque partenaire.

Partis de quatre kinés, nous sommes quinze maintenant, mais c'est vrai qu'il a fallu avant d'en arriver là que chacun se retrouve les manches, il faut le dire. Notre petite équipe a réussi à valoriser son travail grâce au relevé informatisé des actes et des patients pris en charge depuis plus de 10 ans. Les bilans ont mis en évidence un manque de kinésithérapeutes au niveau du service hospitalier, et après de nombreux échanges surtout écrits et de bons

résultats, certaines compétences nous ont été reconnues et nous avons pu ainsi augmenter l'équipe, malgré une conjoncture difficile.

Quel est, pour vous, un bon indicateur de la reconnaissance de cette compétence kinésithérapique sur laquelle vous avez travaillé depuis des années ?

Pour un cadre, la réussite d'une organisation de service se jugera à la satisfaction de tous les partenaires. Cela demande du temps car il faut tenir compte des habitudes, surmonter les résistances et la peur du changement.

Quelques années ont été nécessaires pour qu'enfin nous soyons reconnus et que l'augmentation du nombre de kinésithérapeutes réclamés soit obtenu. Avant d'arriver à ce résultat en partie positif, de nombreuses situations m'ont provoqué des troubles de la déglutition...

Persévérance, patience, diplomatie, vigilance, sont indispensables pour obtenir l'adhésion de l'ensemble de l'équipe de rééducation fonctionnelle et j'y rajouterai la reconnaissance des compétences professionnelles du cadre (qui est ici soignant à mi-temps et donc en prise directe avec la réalité du terrain) ; surtout au début cela est sûrement facilitateur.

Je souhaite avoir des professionnels compétents dans chaque service, que les gens soient spécialisés et pointus dans leur domaine grâce à des formations que nous avons obtenues, parfois aux forceps. À partir du moment où les gens sont compétents et ont des résultats positifs, les médecins tiennent davantage cas de notre activité et de nos avis (c'est comme en sport souvent : seuls les résultats sont significatifs).

Quand les médecins, les patients et les familles sont

contents des gains obtenus grâce à la kinésithérapie, je peux difficilement changer le M.K. de service.

Donc j'ai voulu travailler sur une organisation où les gens ont une activité spécifique et de qualité. Ils auraient peut être été moins crédibles s'il avait fallu que je les fasse tourner ou aller dans d'autres services tous les 2 ans par exemple.

Et comment faites-vous pour obtenir toutes ces formations ?

Depuis longtemps, nous obtenions les formations. Mais depuis quelques années, de plus en plus de formations sont demandées dans toutes les catégories professionnelles et nous sommes partis moins souvent pour la formation individuelle : au début c'était tous les deux ans, après ça a été tous les trois ans, maintenant c'est tous les quatre ans.

Nous avons alors compensé par des projets de service qui, après réunion de l'ensemble de l'équipe, étaient votés à la majorité. Au début nous avions des projets de service chaque année, malheureusement là aussi chaque service demande à avoir des formations, et depuis cette année nous n'avons des projets de service accordés que tous les deux ans.

Mais je m'efforce de faire passer le projet de service dans le plan complémentaire (les objectifs et les applications ont intérêt à être clairs et évidents pour la commission de formation).

Mon grand regret est que les formations individuelles ne soient pas accordées plus fréquemment. Maintenant devant ces difficultés, nous essayons de faire des stages entre hôpitaux de proximité, bien sûr avec le C.H.U. de Bordeaux, mais aussi nous avons la possibilité d'échanger dans 16 hôpitaux du grand Sud-Ouest, car les cadres

kinés de ces hôpitaux se rencontrent 2 à 3 fois par an.

L'idéal serait quand même que nous ayons un budget formation pour l'équipe !

Depuis donc vingt ans que vous dirigez le service, vous avez quand même une certaine *patte*, une façon de faire. Comment est-ce que vous caractériseriez votre mode de gestion de l'équipe kiné à Dax ?

Je pense que l'organisation de l'équipe se fait au départ à partir de principes bien précis, même s'ils paraissent un peu rigides ou rigoureux mais qui me semblent indispensables pour qu'il y ait une bonne organisation.

Il s'agit d'abord de répondre aux besoins du patient par :

- une prise en charge (P.E.C.) rapide ;

- un horaire de travail adapté aux soins en hospitalisation ;

- la compétence des soins effectués passant par la spécialisation de chacun d'entre nous (en encourageant et soutenant la formation sous toutes ses formes) ;

- l'assurance que la pratique des soins se réalise avec le maximum d'effectif (1 seul départ en congé annuel par période en respectant un roulement équitable validé par l'équipe).

Il s'agit ensuite de répondre aux besoins du médecin et de l'équipe soignante :

- un référent clairement identifié et plus présent afin de mieux intégrer les rééducateurs fonctionnels dans leur service ;

- les compétences de chacun ont du être reconnues, et celles-ci étaient valorisées par des échanges fréquents avec les autres catégories professionnelles sous forme de transmissions, staffs et comptes

rendus écrits ou les bilans justifient le traitement mis en place et ou les résultats sont quantifiés (remises en question permanente) ;

- veiller également afin que les M.K. (qui ont en charge 2 services) ne soient absorbés par les services. Ils font partie du pool des kinés mais sont plus impliqués dans certaines spécificités. La gestion de l'absentéisme par le cadre kiné a facilité la confirmation de l'unité fonctionnelle kiné.

Pour que toutes ces exigences puissent être admises par l'équipe des M.K., il est indispensable de porter attention à leurs avis et souhaits :

- L'attribution des services se fait au choix en fonction de l'activité et de l'entrée en fonction dans l'établissement, et j'y tiens : un jeune diplômé n'a aucune chance de s'occuper d'un service qui l'intéresserait alors que l'expérience et les compétences sont déjà dans l'équipe depuis des années.

- Le changement de service ne se fera que sur volontariat, après une période d'essai, et si tous les partenaires sont satisfaits.

- Chaque M.K. gère son travail en étant autonome et libre de choisir l'organisation de la P.E.C.

- Toute l'équipe (sur 3 sites) assure les gardes pour éviter un trop grand nombre de week-end travaillés par M.K. Aussi, quel que soit le service d'affectation, chaque kiné participe à la garde sur l'ensemble de l'établissement, ce qui permet d'avoir une vision globale. Et cette vision d'ensemble permet d'avoir une équipe plus soudée, parce que chacun voit les contraintes dans les services des collègues.

- Présence et soutien constant du cadre dans les situations déli-

cates, pour démontrer l'effort et la compétence des kinés, et que si il y a problème, la résolution de celui-ci passe par une remise en question de tous les partenaires. Le cadre dans l'établissement, depuis 27 ans, doit savoir évaluer les dysfonctionnements car il est passé dans tous les services (ce n'est pas toujours le fait des kinés !).

- L'informatisation des actes kinés depuis 1994 et le travail fait en toute transparence avec le D.I.M. a énormément facilité notre reconnaissance par l'administration ; chiffres, comptes rendus, projets sont argumentés avec le directeur du centre hospitalier et le directeur de soins chaque début d'année.

- Grâce à ces bons rapports, nous avons obtenus 2 postes pour les 35 heures, mais il a fallu se battre et les justifier. Maintenant nous avons 3 groupes de 5 M.K. avec 1 volant dans chaque groupe, ce qui fait que lorsqu'un kiné sera absent pour ses C.A. ou ses R.T.T., il sera remplacé.

Comment gérez-vous les commandes de matériel ?

Au niveau du matériel, effectivement je peux chaque année faire des commandes sur les différents sites et c'est rare que cela soit refusé.

Il faut rester raisonnable et justifier aussi. Je demande à chaque kiné de me faire une liste, et après avec l'économat, je négocie et c'est rare quand la commande est différée.

Mais maintenant c'est de plus en plus drastique, à savoir que même pour des goniomètres ou *peak-flow* il faut faire trois devis. Ça prend du temps, mais il faut le faire. Quand on soulage le travail des services économiques, on obtient plus rapidement le matériel.

Mais vous vous êtes aussi investis dans d'autres dimensions que celles directement liées à l'hôpital, il me semble...

Bon c'est vrai que dans mon parcours, un moment donné, j'ai voulu créer un poney-club parce que la ferme du centre gériatrique qui élevait des porcs, des vaches etc. fermait, car son responsable arrivait à la retraite.

La Direction voulait se débarrasser de tous les locaux de la ferme et moi qui élevais déjà des poneys landais et qui avais du mal à montrer qu'ils avaient des qualités pour l'attelage et pour le saut d'obstacle, j'ai voulu pousser les éleveurs de poneys landais pour essayer de louer et rénover cette ferme afin qu'on ait une vitrine montrant les qualités du poneys landais débourré et dressé.

C'était une façon de les valoriser et de les vendre parce qu'effectivement dans ce milieu là si on ne se déplace pas chaque année au salon du cheval ou sur des grosses organisations, on a du mal à se faire connaître.

Et donc nous avons créé ce poney-club. Je voulais que les enfants handicapés puissent en profiter gratuitement, parce que dans l'hôpital de jour il y a des enfants avec retard psychomoteur qui pouvaient bénéficier de l'équitation, qui est aussi une forme d'éducation.

De plus, c'était la ballade journalière des pensionnaires de la maison de retraite et des moyens séjours.

Ensuite mon projet était de faire bénéficier tout le personnel hospitalier de France de cette structure. Nous voulions créer à l'époque avec Mr Romatet, l'ancien directeur, qui est Directeur du C.H.U. de Nice actuellement, des classes vertes pour les vacances de Pâques et

les vacances d'été de façon à ce que tous les enfants des personnels hospitaliers puissent pratiquer l'équitation sur poney. Malheureusement ça n'a pu être fait parce que le directeur a été nommé ailleurs.

J'ai ensuite quitté la présidence du poney-club que j'ai transmise à un collègue et me suis lancé à fond dans un nouveau challenge : le triathlon, un sport qui m'a totalement séduit pendant dix ans, ainsi que dans les organisations de courses.

J'ai organisé des triathlons (natation, vélo, course à pied) et des duathlons (course à pied, vélo et course à pied une deuxième fois) qui font partie de la même fédération. Et en organisant le championnat de France de duathlon à Moliets, ici dans les Landes en 1991, j'ai suivi l'équipe de France qui débutait alors et n'avait pas de kinésithérapeute. J'ai été kinésithérapeute de l'équipe de France pendant dix ans jusqu'aux championnats du monde à Calais... où il fait toujours beau !

C'est malin...

C'était un sacré travail que d'allier le travail hospitalier et les stages de l'équipe de France. Toutes mes vacances, je les passais avec l'équipe de France. Le travail était relativement dur, mais bon, les premières années j'ai pu amener mon vélo et participer avec eux aux entraînements et les masser après.

Les dernières années en prenant de l'âge, et surtout à cause des résultats flatteurs : 2 fois champion du monde individuel et par équipe plus de nombreux podiums, on ne rigolait plus ; je ne faisais que les massages et les soins.

J'avais à peu près vingt personnes à masser tous les jours.

Quand j'en avais pas assez, si j'étais sollicité pour m'occuper d'une équipe étrangère (Australie, États-Unis) sur le tour de France de triathlon, j'y allais gaiement. Jusqu'au jour où ma tocante a donné quelques signes de fatigue.

En tant que kiné responsable de service, vous gardez donc une activité clinique auprès des patients ?

Oui, effectivement j'ai voulu garder depuis toujours ce côté soignant en même temps que le côté cadre et responsable de service. Pour moi c'est de plus en plus difficile étant donné que je suis obligé d'aller sur trois sites, mais je continue quand même à garder cette activité là. J'ai donc fait une année de gériatrie au départ, puis trois-quatre ans de thermalisme, ensuite j'ai dû faire huit ans à peu près de respiratoire avant de faire huit ans de neurologie.

Il faut dire que depuis quelques années, j'ai une équipe de gens motivés, capables de se gérer eux-mêmes. Ça me permet de conserver cette activité soignante qui, après la neurologie, a débouché depuis quatre ans sur une activité de rééducation des troubles de l'équilibre chez la personne âgée avec la rééducation vestibulaire.

Nous sommes centre d'expertise et d'évaluation des chutes chez la personne âgée. On s'est rendu compte que soixante-quinze pour cent des gens sous-utilisaient leur vestibule. Ceci a pu être mis en évidence par une évaluation. Nous avons une plateforme de posturographie qui permet d'identifier des objectifs et un plan de rééducation qui sera réévalué et éventuellement modifié et réajusté, si ce traitement ne convient pas ou est mal adapté. Et c'est vrai que cet équipe-

ment m'a permis d'avoir un regard plus précis et d'obtenir des gains beaucoup plus rapides, parce que les batteries de test que nous avons déjà depuis vingt ou trente ans n'étaient pas suffisantes.

Sur les trois cent personnes évaluées - la moyenne d'âge est de quatre-vingt à quatre-vingt cinq ans -, nous sommes surpris de constater qu'en quelques séances seulement elles récupèrent une activité sans risque et une reprise des activités de la vie quotidienne. Cette récupération effectivement est possible parce que nous avons un médecin qui cible bien le diagnostic et qui permet d'orienter convenablement et correctement les soins et les patients.

S'il y avait un conseil à donner à un jeune confrère, lequel donneriez vous ?

Cela n'est sûrement pas dans la mouvance actuelle, mais bon, toujours est-il qu'à mon avis je trouve qu'un cadre se fait mieux reconnaître par ses pairs lorsqu'il fait partie de l'équipe en tant que professionnel. C'est peut être plus facile pour obtenir certaines choses qui passeraient peut être plus difficilement si nous étions simplement un cadre administratif. Par exemple, je continue à faire des gardes, j'ai un mi-temps de soignant et je trouve normal de faire les gardes...

J'ai pu ainsi travailler avec tous les chefs de service et je sais que je peux compter sur eux si besoin. Nous nous connaissons tous, mais c'est plus facile dans un hôpital de la dimension comme à Dax.

Mais il est aussi indispensable d'intervenir dans certaines commissions et réunions...

Entretien : Michel GEDDA

■ DÉCOUVERTE



GRAIN DE SOLEIL

c/o Lucie ARMAND
14, Avenue Mariana
Résidence Le Minerva
06000 NICE
lucie.armand@wanadoo.fr

C'est autour d'une rencontre que s'est créée l'association "Grain de Soleil", rencontre d'une petite poignée d'étudiants en masso-kinésithérapie ayant la volonté d'agir dans la solidarité et de construire un projet avec des étudiants étrangers. Initialement, l'association devait simplement devenir le cadre de réalisation de notre projet au Cameroun, facilitant ainsi les démarches auprès des institutions et des étudiants, dégageant le projet de personnes physiques afin de l'inscrire dans la durée.

Au fur et à mesure de la rédaction des statuts, à force de discussions avec d'autres étudiants motivés voulant s'investir ou simplement intéressés par la solidarité, les buts de "Grain de Soleil" se sont développés : de la volonté de créer un "simple" projet et de le suivre nous avons voulu donner la possibilité à d'autres étudiants motivés de réaliser des actions indépendantes sous le nom de l'association. Ainsi devint-elle à vocation nationale avec une composante d'aide à l'établissement de projet (recherche de fonds, démarche de renseignement, intégration dans la politique locale, etc.).

Actuellement, après plus de 8 mois d'existence, des étudiants d'une dizaine d'instituts de formation ont participé aux actions de "Grain de Soleil".

Dernièrement, nous avons assisté avec la plus grande joie à la création d'une délégation de l'association à Lyon. Composée d'un bureau propre, elle a la volonté de mettre en place une série d'actions locales tout au long de l'année. Cette étape du développement de la structure nous a particulièrement touché, elle a renforcé notre espoir de pérennisation de l'association dans les années à venir.

D'ores et déjà, les individualités mêlées dans les autres instituts ayant conduit à la concrétisation de la première étape du projet Cameroun cet été 2004 est pour nous une première victoire. Sans elles, sans leur investissement dans la communication du projet, sans la recherche de fonds et la collecte effectuée par leur soin, rien n'aurait actuellement été possible. Un grand merci à ces personnes qui, si elles me lisent, se reconnaîtront.

Le projet au Cameroun est développé en partenariat avec une association locale composée d'étudiants : "Global Movement Of Solidarity". Celle-ci œuvre pour l'amélioration des conditions de vie des populations depuis plus de quatre ans. Elle a déjà travaillé en coopération avec le Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Santé camerounais dans le cadre de programmes nationaux : lutte contre l'onchocercose, établissement d'une carte scolaire, camps de vacance...

Le projet est défini sur la province de Minta au centre Cameroun et a pour but de lutter contre les grandes endémies. Nous souhaitons agir par de la prévention primaire principalement, auprès des hommes et des femmes et plus spécifiquement des enfants. Cet été, nous effectuons une étude préparatoire d'un mois afin de constituer une base de données. Pour ce faire, des enquêtes sont réalisées auprès des écoles, des dispensaires, des administrations et de la population des villages susceptibles de nous accueillir par la suite. Nous définirons alors les actions qui seront réalisées les années suivantes, le projet étant prévu sur plusieurs années afin d'en évaluer les impacts.

Nous souhaitons organiser dans le cadre de la présentation de notre travail des "semaines africaines" dans les instituts qui le désirent. Elles auront pour but de faire connaître notre projet auprès des étudiants et les activités de l'association. Nous y présenterons alors le film de la mission et nous réaliserons une exposition des photographies prises sur le terrain. A cette occasion, nous souhaitons inviter des membres d'association de solidarité agissant avec les étudiants ou les professionnels kinésithérapeutes. Cela permettra ainsi aux étudiants de découvrir ou de mieux connaître les possibilités d'engagement qui s'offrent et qui s'offriront à eux. Nous espérons ainsi voire la volonté d'investissement dans la solidarité s'accroître au sein des étudiants et pourquoi pas, aider quelques vocations à se révéler...

■ RENTRÉE DANS LES 14 INSTITUTS DE FORMATION CADRE M.K.

59 Masseurs-Kinésithérapeutes entrés cette année en formation Cadre de Santé :

Aix-en-Provence : 2 - Bois-Larris : 6 - Bordeaux (Pessac) : 4 - Grenoble : 2 - Lille (La Catho) : 2
Marseille : 2 - Montpellier : 8 - Nancy : 3 - Nantes : 2 - Paris (AP/HP) : 4 - Paris (C.R.F.) : 18
Rouen : 1 - Saint-Étienne : 3 - Strasbourg : 2

ENCADREMENT

La mise en place d'une pratique d'évaluation du personnel. (suite)

APPROCHE COMPARATIVE DE LA RÉFORME PAR L'EXPÉRIENCE D'AUTRES SERVICES DE L'ÉTAT

L'article du dernier numéro de La Lettre du C.S.K. proposait une procédure sur la mise en place de l'évaluation sur notre site.

D'ailleurs, depuis cette époque elle est validée par les instances, deux supports de guide d'entretien sont à la disposition des cadres (environ 2 pages), et l'application sera dans les faits pour la notation de 2005, avec la fiche récapitulative versée dans le dossier de l'agent.

Dans ce numéro, nous vous proposons de nous rendre sur d'autres terrains afin de relater quelques expériences, puis nous parcourerons les évaluations d'autres services ne faisant pas partie de la santé.

LA NOTATION

par

Francis CAZAUX,

*Cadre de Santé Kinésithérapeute,
Centre Hospitalier de Saint-Dié des Vosges (88)*

Le service est placé sous l'autorité d'un médecin de rééducation, médecin-chef du Service M.P.R.

Les rééducateurs (7 M.K., 4 ergo, 1 prothésiste) interviennent sur le plateau technique et au chevet des patients. Une activité externe complète l'activité hospitalière.

Nous avons connu en 2004 une petite révolution culturelle dans notre centre hospitalier relevant de la Fonction Publique : l'entretien de notation est devenu *l'entretien de progrès*. Parmi les nouveautés de cette récente approche, on doit déterminer avec les agents des objectifs que l'on peut évaluer de façon précise, quantifiée : par exemple, réaliser au moins 5 histogrammes E.V.A. dans l'année.

Je considère que c'est un moment privilégié, souvent ressenti par les rééducateurs comme important.

Il y a clairement une réaffirmation des positionnements respectifs du cadre et de l'agent au sein de l'équipe et de l'Établissement.

Il me paraît important d'impliquer le médecin-chef de service dans cette démarche (prendre son avis et s'assurer de son soutien, en particulier lorsque l'entretien s'annonce difficile). Il n'est pas présent lors des entretiens.

L'entretien a lieu une fois par an, et je projette de réaliser un entretien intermédiaire formel au printemps.

Un document à remplir (description du poste de travail, points satisfaisants et facteurs d'amélioration) est donné à l'agent lors de la prise de rendez-vous. Y est inclus une fiche de recueil des souhaits de formation et de matériel.

L'entretien dure en moyenne 45 minutes : historique rapide de la trajectoire professionnelle, rappel des éléments d'évaluation de l'année précédente, situation actuelle, projets pour l'année à venir et, à plus long terme, une réflexion sur une éventuelle délégation.

Il me paraît important d'être à l'écoute de l'agent, de lui laisser un espace d'expression.

Lors de l'entretien, je propose et argumente mon appréciation à l'agent en lui demandant son opinion. Je modifie rarement le contenu, mais parfois la formulation. Il m'arrive d'y ajouter des éléments suggérés par les agents.

Cette approche a ses limites, en particulier dans le contexte actuel où les agents sont très sollicités par le développement de l'activité : l'adaptation s'impose à eux.

L'évaluation de l'activité des personnels non kinésithérapeutes (par exemple ergothérapeutes), outre les éléments qui relèvent du domaine du comportement (intégration dans l'équipe, communication, etc.), est essentiellement fondée sur la satisfaction des patients et des médecins prescripteurs.

Le retour vers le directeur des soins est également un temps riche d'échanges. Cela lui permet de mieux connaître les personnels.

Cela permet au cadre d'évoquer des aspects ne pouvant pas être formulés sur le document officiel (événements familiaux ayant eu une incidence sur le travail, etc.) et de trouver un espace de négociation par rapport au fameux quart de point de la note que l'on attribue, que l'on double, que l'on gèle, voire que l'on diminue avec l'éventualité de demande de révision de la note par l'agent, passage en commission paritaire.

LA NOTATION

DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE (source interne, formation intramuros cadre)

Tous les personnels des hôpitaux sont assujettis à une notation annuelle.

Elle est attribuée la plupart du temps par le supérieur hiérarchique direct (n+1) (cadre de santé), puis par le directeur des soins (n+2) et par le directeur de l'établissement (n+3).

Il n'est pas rare que la note proposée dans un premier temps par le n+1 soit modifiée par un des 2 autres notateurs. L'agent, toujours au courant de la notation de son supérieur hiérarchique direct, peut alors constater cette modification et demander une révision de note de façon formelle.

Quelquefois, par habitude ou volontairement, le corps médical note, alors que le médecin est le responsable hiérarchique fonctionnel et que cette mission ne lui revient pas. Des établissements, par convention officielle pour pallier à tout différend, doivent alors expliquer que le médecin est co-notateur et que l'appréciation est conjointe avec le cadre.

L'entretien doit être annuel, mais sur le terrain cette formalité n'est pas exhaustive pour tous les agents de tous les services. Beaucoup de temps est nécessaire, et la disponibilité du cadre fait défaut quand l'effectif est supérieur à 30 agents (1 heure pour l'entretien, 1 heure pour le résumé, le cumul de tous les agents atteindraient pratiquement 2 semaines pour ce seul objectif, sans parler des entretiens intermédiaires à 1 et 3 mois pour les nouveaux agents, et à 6 mois pour les agents devenant stagiaires, et à 6 mois pour ceux pour qui les objectifs devaient être revus à cette date)...

Les critères sont immuables depuis très longtemps :

- tenue générale, ponctualité ;
- connaissances professionnelles ;
- esprit d'initiative ;
- application dans l'exécution du travail ;
- aptitude psychologique à l'exercice de la fonction.

Beaucoup de services de ressources humaines se sont donné les moyens de modifications internes de ces critères en passant par les fiches de poste, et les compétences attendues, mais ce travail titanesque n'est pas terminé dans tous les établissements.

En ce qui concerne la notation, elle est chiffrée. Un agent débute selon les établissements entre 13 et 20 sur 25 la plupart du temps. La note progresse donc

d'année en année ou stagne si l'agent est trop moyen ou si la note est trop élevée (2 ou 3 ans si note supérieure à 22 sur 25).

La majoration annuelle est habituellement de 0,25 point par an, mais le cadre peut mettre 0,50 pour un excellent agent ou 0 pour un agent à problèmes trop conséquents, mais ce doit être accompagné de rapports circonstanciels.

La notation se nourrit de l'entretien, donc celle-ci n'est pas une concertation entre 2 parties.

D'autres items sont abordés, comme la formation et la mobilité ou les évolutions de carrière. La notation est pour le moment couplée à l'avancement de notre carrière (échelon), et également à une prime annuelle.

La loi de modernisation des évaluations de 2002 commence à modifier les habitudes, les procédures sont à jour, les profils de poste sont revus, les méthodologies sont connues, la formalisation des entretiens existe de plus en plus, la machine est en route...

LA NOTATION

AU MINISTERE DES TRANSPORTS (source téléchargeable sur internet)

Elle concerne tout le personnel d'encadrement formé depuis 2 ans, date de la réforme. Sur le terrain, elle est effective.

Le décret n° 2002-682 du 29 avril 2002, relatif aux conditions générales d'évaluation, de notation et d'avancement des fonctionnaires de l'État se substitue à celui de 1959.

Pour l'année 2003, et les années suivantes, l'évaluation de chaque fonctionnaire par son supérieur hiérarchique est obligatoire dans toute la Fonction Publique. Le compte-rendu sera versé au dossier de l'agent.

Devenu une obligation juridique pour l'Administration et un droit pour l'agent, l'entretien d'évaluation doit constituer une rencontre essentielle entre le supérieur hiérarchique et son collaborateur.

Il devra mentionner la description des faits qui rendent compte de l'atteinte des objectifs individuels, pour fournir des éléments indispensables de gestion (mutation, promotion) des personnels, pour relever les besoins de formation, et aussi simplifier les règles de la notation.

• Pour l'entretien d'évaluation :

Il est juridiquement obligatoire. Il précède la notation et sert à l'avancement de l'agent. Une trame unique pour tous les agents sert de support.

Il se renseigne en 3 temps :

- un regard sur l'année n-1 et les objectifs qui étaient fixés (en fonction des fiches de poste), les contributions et compétences collectives, professionnelles mobilisées dans l'année ;

- ensuite sont fixées les références pour l'année à venir, les objectifs et les besoins en formation ;

- le dernier temps est celui de la conclusion de l'entretien et des signatures du document résumé.

• Pour la notation :

Les anciennes notes sont supprimées. Le premier barème de la première année de réforme est de 5 plus une marge d'évolution à fixer entre les 5 possibilités d'avancement suivants : -1, 0, +1, +2 ou +3.

Ainsi, si l'augmentation est de +1 la première année, le total de départ pour la seconde notation est de 6, auquel sera ajouté de nouveau -1, 0, +1, +2 ou +3.

• Pour les critères :

La note renseigne et cote de -1 à +3 les 4 critères suivants :

- réalisation des objectifs de l'année ;
- contribution aux compétences collectives ;
- contribution au fonctionnement du service ;
- compétences et connaissances individuelles mobilisées au cours de l'année.

Elle est versée au dossier de l'agent sous forme de résumé.

Seul le supérieur hiérarchique direct peut noter, mais il est possible de marquer des observations par 2 autres supérieurs hiérarchiques.

Un item sur la mobilité souhaitée de l'agent est également évoqué (avec des dates prévisionnelles à 1, 2, 3 ans ou plus, en inter-service ou extra-service, et/ou dans un autre établissement).

Un second item est proposé également sur les perspectives (disponibilité, retraite, temps partiel).

Enfin, les observations de l'agent lui-même occupe une place ainsi que date et signature de l'entretien et de la notification à l'agent. Ce document final est versé dans le dossier de l'agent.

LA NOTATION À LA POSTE

(source : J.L. Rodier, Direction de la communication de La Poste des Vosges)

Dès 1992, La Poste s'engage annuellement, de façon courante à un entretien appelé *entretien d'appréciation*. Il concerne tous les agents, et les critères sont directement liés aux fiches de poste.

Il se situe en début d'année et se divise en 3 parties :

- parler des objectifs fixés de l'année n-1 ;

- juger la maîtrise du poste par des critères qui sont pour des agents :

- compétences techniques,
- actions et réalisations,
- efficacité personnelle dans le sens de la réactivité,
- relations professionnelles entre clients et équipes) ;

- détermination des objectifs n+1.

Il n'y a pas de notation chiffrée : seule une appréciation par un système de lettres représente la valeur de l'agent. Ces lettres sont :

- D pour moyen ;
- A pour insuffisant ;
- B pour bon ;
- E pour excellent.

Ainsi, l'agent est gratifié pour une très bonne année par l'appréciation E. Il est important de préciser que cette appréciation résulte d'une négociation autour des diagnostics des 2 parties.

L'appréciation est remise en cause chaque année.

Les échelons de carrière sont indépendants des appréciations.

La fiche résumé de l'appréciation littérale du supérieur hiérarchique n+1, est contre-signée par le supérieur n+2, puis par l'agent, qui dispose de 5 jours pour un recours éventuel.

Le document est versé au dossier de l'agent.

Une dernière partie concerne la formation, pour atteindre les objectifs n+1 et les évolutions de carrière.



Véronique BILLAT,
Responsable de la Chronique.
pj.warnitz@ch-neufchateau.fr

■ L' A.F.R.E.K.

La culture de la mesure.

Les bilans recommandés sont souvent de teneur trop médicale et donnent peu d'indications utiles au kinésithérapeute ; ils doivent définir le potentiel fonctionnel pour le transmettre au prescripteur : "Le patient tient-il assis sans soutien ? Marche-t-il sans aide ? Monte-t-il l'escalier ?".

Nous recherchons une "Vérité objective" du type : "l'eau de la mer est salée", rare dans notre profession. La kinésithérapie restitue une qualité de vie, difficilement mesurable par l'observation directe. Selon Leibnitz : "il n'y a pas de faits, seulement des interprétations", ce qui implique directement l'observateur.

Il existe des bilans spécifiques d'une maladie, et les "généralistes" qui fournissent une vision d'ensemble de l'état du patient. Il est souvent utile de classer l'importance des gênes éprouvées et le niveau de Qualité de Vie.

Critères non applicables

Une recherche par l'A.N.A.E.S. de la qualité des articles dignes de foi est basée sur des critères médicaux. La grille de Sackett, largement utilisée, ne s'applique pas aux interventions manuelles financées par les C.P.A.

Critères de qualité	Réalités de la kinésithérapie
Recherche en double insu	Double insu impossible : le thérapeute est visible, et applique un traitement manuel
Cohortes appariées	L'assurance-maladie rembourse pour un traitement utile, excluant l'expérimentation
Toujours le même médicament, à la même dose, même heure	La technique de traitement MK s'adapte chaque jour à l'état du patient

Les différentes publications qui s'intéressent à la kinésithérapie doivent proposer des critères d'analyse compatibles avec nos contributions. À nous, professionnels, de nous mobiliser pour proposer des critères applicables.

Evaluation de la procédure.

Comment mesurer ce que nous prétendons améliorer ? À nous de trouver la méthodologie qui

convient. On ne meurt pas d'un traitement de kinésithérapie inapproprié, et la fin du traitement est souvent floue, rien de comparable avec le taux de survie en oncologie ou le nombre d'attaques qui peuvent être répertoriées chez un épileptique lors d'un essai comparatif de médicaments.

Ce qui est "scientifique" dans le sens courant est un postulat qui laisse une place au résultat négatif - ce qui est "scientifique" en kinésithérapie est une vérité révélée, non questionnable et immuable.

Il est vrai que le progrès résulte souvent d'un raisonnement isolé, contre un consensus (Bernard Palissy est un exemple), mais ce que nous cherchons est différent : le résultat clinique, mieux obtenu par investigation multi-centrique et consensus.

Traduction, schmaduction.

Les questionnaires d'évaluation paraissent souvent en anglais, et des équipes bilingues doivent assurer la traduction pour les patients français. On doit s'élever contre les directives qui consistent à traduire le texte en français, puis le retraduire en anglais en espérant obtenir la même chose. L'exemple princeps est fourni par le linguiste Escarpit "Undertaker" qui devient "sous-traitant" alors qu'il s'agit de "Pompes Funèbres"... et bien entendu "Funeral Pumps" n'a pas de sens.

Mieux vaut éviter le dictionnaire et trouver des équivalences qui correspondent au contexte dans lequel on se trouve. En français "evidence" désigne quelque chose que tout le monde sait, et qui est absurde : il est évident que la terre est parfaitement stable, et pourtant elle tourne en orbite à grande vitesse, et c'est une centrifugeuse infatigable... alors qu'en anglais le même mot signifie "niveau de preuve".

De même, les *guidelines* ne sont pas seulement des recommandations, mais des guides : le site britannique déclare "les *guidelines* doivent être des déclarations (*statements*) - rédigées pour informer le clinicien et les patients, mais pas des règles rigides". Parfait, mais qu'est-ce qu'un "guideline" ? à la fois une recommandation et un guide de conduite appropriée.

L'adjectif "bon" a déjà été condamné pour imprécision, donc pas de "bonne conduite", et l'industrie parle de "Best Practice Procedures" ou "Procédures de la meilleure pratique", que faire ?



Éric VIEL,
Responsable de la Chronique.
eviel2@wanadoo.fr