



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

12^e année - N° 23 - Juin 2006

LaLettre@ifmkberck.com

■ ÉDITORIAL

Bon, bon, bon, il est vrai que le moment semble étrange.

De vieilles revendications aboutissent enfin, offrant à la profession un peu plus de l'autonomie qu'elle réclame depuis des années. Lui permettant même - on le croit - de se positionner sur des questions fondamentales telles que la discipline, l'identité, son rôle dans la société...

Parallèlement à ces avancées, des stagnations perpétuent des modèles périmés dans un environnement qui évolue pourtant à des échelles et à des rythmes laissant parfois la Kinésithérapie française en retrait de dynamiques modernes. Je parle de formation, d'information, de recherche...

Le tout sous tensions récurrentes liées à la démographie, à la fuite des responsabilités, à l'éparpillement de la profession par l'émergence de disciplines connexes.

Confronté à des aspirations générales et à des contraintes locales, le cadre doit se débrouiller dans ce nouveau paysage qui modifiera de façon certaine son rapport aux autres.

Le pouvoir de mobilisation et de concertation a montré son efficacité pour barrer des décisions unilatérales.

Pourquoi ne serait-il pas possible de se réunir au quotidien afin de se déterminer, afin de construire cette nouvelle réalité dans laquelle nous voulons être acteurs ?

Michel GEDDA
Directeur de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 22 :
Laurent KOSTUR
- Parcours d'un cadre kiné :
France MOUREY
- Nouvelle rubrique :
Du passé au présent
- Fenêtre :
L'amour parfait
- Nos rubriques habituelles

COMITÉ DE PUBLICATION

- **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.ifmkberck.com/liens/lettre.php>

LA LETTRE DU CSK - IFMK - Avenue du Phare - BP 62 - 62602 BERCK-SUR-MER CEDEX

La réforme LMD : des enjeux multiples, et pourtant...

Cela fait aujourd'hui sept ans que le Processus de Bologne a débuté. Les états signataires de la déclaration de Bologne, en juin 1999, ont fixé à l'année 2010 l'achèvement de la construction d'un espace européen de l'enseignement supérieur.

Pour la France, le pari est double car c'est aussi l'occasion d'intégrer des formations qui ne sont pas universitaires (masseur-kinésithérapeute notamment) dans le système LMD.

Sur ce vaste projet, un rapport a d'ailleurs été présenté en juin 2005 avec des conclusions plutôt positives dans les Universités qui ont tenté de respecter la doctrine du Processus de Bologne. Ce rapport souligne aussi les problèmes dans la mise en place du dispositif, notamment pour les formations de santé : *"Certaines des formations de santé ne sont pas intégrées ou ne le sont que partiellement. C'est bien sûr le cas des formations de santé sur lesquelles une réflexion est en cours. Des travaux de masters d'obstétrique pour les sages-femmes ou de "mobilité" pour les kinésithérapeutes, semblent techniquement en bonne voie mais suscitent la réticence du ministère de la santé qui craint les revendications qui pourraient être liées à l'allongement de la formation..."*

Les constats sont sans appel et expliquent les difficultés de la mise en place de ce nouveau dispositif dans l'Enseignement Supérieur.

En effet, depuis octobre 2005, des groupes de travail ont été mis en place au Ministère de la Santé et des Solidarités entre les différents acteurs de la profession (directeurs, professionnels, étudiants, etc.) et entre différentes professions (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, podologue, psychomotricien, etc.) pour permettre l'application du système LMD aux formations paramédicales. L'échéancier annonçait la fin des "travaux" pour mars 2006. Déjà 2 mois de retard par rapport au calendrier et aucune réelle orientation ne se dessine, ni aucunes réelles concertations puisque les différentes réunions se sont résumées à un simple tour de table de 50 personnes en 2 heures...

Les enjeux de cette réforme sont pourtant multiples et primordiaux. En effet, la profession a connu de nombreuses évolutions (diagnostic kiné, évolution des techniques, accroissement des connaissances scientifiques, prévention, droit de prescription, Ordre, etc.), pourtant les études n'ont pas suivi cette évolution. Le programme des études inchangé en 1989 ne répond plus aux besoins de la profession, d'autant plus que le décret de compétences a été modifié en 2000.

Il paraît donc difficile d'avoir une formation initiale cohérente par rapport aux compétences exigées, avec un décalage de 11 ans entre un programme et les compétences auquel il doit aboutir. Une évolution de la formation, accordée à l'évolution de la profession, est nécessaire par une refonte complète du programme en objectifs pédagogiques prenant en compte l'étendue et la diversité de la kinésithérapie ainsi que les responsabilités professionnelles acquises ces dernières années.

L'universitarisation et donc l'accès à la recherche représentent aussi un enjeu de taille puisque cela permettrait une véritable évaluation et évolution des pratiques afin qu'elles soient adaptées au mieux aux populations et à leurs pathologies. Il ne faut pas oublier que l'universitarisation faciliterait d'autre part l'accès à un véritable statut étudiant, leur conférant les mêmes droits que les étudiants universitaires.

Des enjeux multiples pour les étudiants mais aussi pour l'avenir de la profession sont en suspens avec cette réforme. Dans le contexte actuel, les étudiants sont inquiets de voir aboutir une réforme faite "dans l'urgence" qui ne reflète pas les besoins actuels du fait d'une méconnaissance des évolutions de la profession ou encore de voir la réforme mise entre parenthèses pour encore trop longtemps.

Ceci d'autant plus qu'une commission LMD a été récemment créée au Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Supérieur pour les formations médicales et qu'il est question de régler dans un premier temps la réforme de ces dernières puis de voir celle des paramédicaux. Dans cette commission, une année de sélection commune aux quatre formations médicales (médecine, odontologie, sage-femme, pharmacie) a été proposée aux médicaux dans le cadre de la réforme de la PCEM-1 en évinçant complètement les 21 IFMK qui sélectionnent *via* cette année, dont certains depuis presque vingt ans. Un rapport de 1992 évaluant les expérimentations concluait que ce type de sélection permettait ensuite une meilleure qualité de formation.

À l'heure où on parle de transdisciplinarité, de parcours du patient au centre du système de soins, de qualité des soins, il est difficile de comprendre cet éventuel évincement de cette année de sélection.

Comment avoir confiance dans la volonté du ministère d'améliorer la formation initiale afin de former des professionnels ayant les compétences en accord avec les évolutions actuelles ou au moins de ne pas faire faire un bond en arrière de 15 ans en retournant à des concours privés ?



Lise CARROUÉE,
Présidente de la FNEK.
president@fnek.org

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Mars 2005 : Numéro 22

par :

Laurent KOSTUR

• Documentation (page 2) :

Les différents types de ressources documentaires.

Emmanuelle Blondet aborde dans son article - le deuxième d'une série - quelques termes que nous rencontrons régulièrement dans la littérature scientifique, médicale et paramédicale. En quelques mots, elle donne des précisions sur les différents types de ressources documentaires rencontrés et clarifie ces termes en les agrémentant d'exemples.

La définition simple et accessible, donnée par Emmanuelle Blondet, contribue à la familiarisation et à la compréhension de ces termes absents du vocabulaire courant.

• La F.N.E.K. (page 6) :

Des nouvelles.

Arnaud Durand donne des "nouvelles" de la F.N.E.K., depuis ces trois années d'existence. Il exprime le fait que les étudiants sont de plus en plus actifs et intéressés par leur avenir... notamment par l'application du LMD.

Actuellement, les étudiants sont très impliqués dans l'application du processus de Bologne et suivent les nombreuses réformes qui surgissent. Ce processus européen est "surtout l'occasion inespérée de revoir complètement notre formation" et permet l'entrée dans la voie universitaire.

Un communiqué est tombé le 18 juin 2005 où le Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (SNIFMK) a réuni une assemblée générale extraordinaire pour se prononcer à l'unanimité sur l'universitarisation de la formation.

Cette décision s'accompagne de la volonté "de mettre en place une année de sélection universitaire, validée et préalable à l'entrée en première année d'étude en masso-kinésithérapie".

En effet, l'année de sélection en PCEM, dans les facultés de médecine, constitue un temps de

formation utile aux études de masso-kinésithérapie. Suite à cette année, cette mesure implique le maintien impératif des 3 années de préparation au DE.

• La question naïve (page 6) :

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

Je tends à admettre qu'il est indispensable pour un établissement d'avoir des cadres capables de diriger, d'organiser, de responsabiliser, d'accompagner et de piloter une équipe.

Ma conception actuelle du management est de permettre à chaque collaborateur de s'inscrire dans des projets, de redonner du sens et de la satisfaction à son travail. Ce management est alors une source de motivation.

Dans ce cas, je pense que "être capable de ne pas plaire" entre en contradiction avec "être source de motivation".

Cependant je conçois que dans certains cas, le cadre doit gérer certaines situations complexes en tenant compte d'impératifs (institutionnels, réglementaires...) qu'il rencontre.

En conclusion, mon absence d'expérience ne me permet pas d'envisager d'éléments de réponse à cette problématique... L'avenir sera peut-être source d'éclaircissement.

• Formation (pages 7 et 8) :

La kinési-pédagogie.

Dans son article, Hervé Cochet présente les intérêts du mime dans notre profession pour comprendre la neurologie et sa rééducation.

Pour lui, le mime en IFMK permet l'adaptation, l'instantanéité et la créativité des expressions que se font les étudiants. Les professeurs peuvent être sollicités dans ces représentations théâtrales, notamment lors des évaluations pratiques.

Rôles et acteurs sont les leitmotivs du mime. Celui-ci favorise le reflet de l'existence, la vie en "direct live" perçus par les étudiants. Je pense que cette "vie-prototype" permet un épanouissement de la personnalité, l'expression corporelle et la communication entre étudiants.

Notre environnement social est envahi par l'image, le mime devient intéressant pour débri-der des situations maladroites (notamment en stage) et, élargir et adapter les gestes techniques qui semblent souvent trop exigus.

• **Fenêtre** (page 9) :

La compassion et l'individu.

Sa Sainteté le XIV Dalai-Lama préconise de cibler nos efforts au développement d'une "paix mentale". J'accorde également beaucoup d'importance sur le fait que l'esprit a une action influente sur le bonheur et la souffrance de l'individu.

À méditer...

• **Cadrekine.net** (page 10) :

**Vidéos et diffusion de messages :
les clés du Web.**

Pierre Trudelle nous fait part de son enthousiasme pour une première en kinésithérapie... assister à une conférence en direct sur le net. Dans cet article, il expose le déroulement de la séance, donne les informations nécessaires pour disposer du fichier "power point" et de la vidéo de la conférence sur le site web.

De plus, l'auteur parle d'une nouvelle technologie qui se développe : le web dynamique. Je m'associe à lui dans sa volonté d'impliquer les cadres de santé dans la participation active à ces échanges entre internautes.

• **Parcours d'un cadre kiné** (pages 11 à 14) :

Jean-Marc Soulé.

Le parcours professionnel de Jean-Marc Soulé ressemble fortement au mien. À savoir : rechercher une qualité de vie personnelle, une bonne ambiance au sein d'un établissement entre tous les partenaires multidisciplinaires.

J'ai voulu faire l'école des cadres, non pas parce que mon travail était "sclérosant" - loin de là, mais bien parce que je voulais gérer une équipe de masseurs-kinésithérapeutes.

Contrairement à Jean-Marc Soulé, je n'ai pas l'expérience du terrain en tant que cadre de santé, mais j'avoue que je me retrouve dans ses propos... Je suis convaincu que le plaisir au travail est un indicateur de bon fonctionnement d'une organi-

sation.

C'est sûr qu'il faut beaucoup de temps et qu'il faut faire face à de nombreuses contraintes : l'ennui, les résistances au changement, les habitudes... Mais le cadre n'a-t-il pas le rôle primordial d'obtenir l'adhésion de l'équipe ?

Prochainement, je serai responsable de services, et ce sur trois sites différents, tout en gardant un rôle de soignant. Je suis conscient que la reconnaissance et la crédibilité du cadre par ses pairs passent par le maintien de cette activité de soignant.

Notre fonction de cadre *manager* n'est pas souvent valorisée, comme telle, par le personnel placé sous notre "autorité". De plus, cette mission administrative prend une part de plus en plus importante dans notre charge de travail ; la conjoncture actuelle des organisations de santé favorisant l'évaluation des pratiques pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Cette multitude de casquettes (cadre administratif, cadre *manager*, cadre enseignant, cadre soignant) que possède le cadre kinésithérapeute, a tendance à disparaître au détriment d'un gros chapeau sous lequel le cadre doit se positionner dans cette unique fonction de cadre de santé.

• **Découverte** (page 15) :

Grain de soleil.

L'association "Grain de Soleil" est constituée d'étudiants en masso-kinésithérapie de différents instituts de formation. Elle a pour vocation d'aider à la réalisation de projet, le tout basé sur la solidarité.

Le projet en cours est défini sur la province de Minta, au centre Cameroun, et a pour but de lutter, par des actions de préventions, contre les grandes endémies.

Félicitations à tous les membres de l'association.

Projet à suivre...

• **Encadrement** (pages 16 à 18) :

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

Le fonctionnement de la Fonction Publique Hospitalière est basé sur la notation. La diversification et l'évolution des activités profession-

nelles nécessitent la mise en place de nouvelles compétences professionnelles (techniques, pratiques et relationnelles).

Le professionnel doit s'adapter aux situations rencontrées dans ce nouveau contexte. Cette adaptabilité rend nécessaire l'évaluation des compétences. Cette "logique compétence" (V1 du manuel d'accréditation juin 2003) est la recherche de la performance du salarié.

Je partage les vues de Francis Cazaux, à savoir que l'évaluation est un moment privilégié entre l'agent et le cadre de santé. Cet entretien, constructif et participatif, est un outil de management au service de la qualité des prestations offertes. Cet outil peut être le moteur de changements individuels et collectifs.

Chaque organisation a sa démarche d'entretien de progrès propre.

Les critères d'évaluation sont globalement iden-

tiques (identification ; description du poste ou de l'emploi ; bilan de la période écoulée ; objectifs de l'année à venir ; souhaits d'évolution ; synthèse ; signatures).

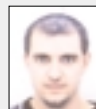
J'adresse mes salutations confraternelles à Véronique et Francis.

• **L'A.F.R.E.K.** (page 19) :

La culture de la mesure.

Cet article met l'accent sur la difficulté que présente notre profession pour donner une mesure objective sans impliquer l'observateur.

Les explications et les exemples proposés par Éric Viel permettent de nourrir notre réflexion sur certains critères non applicables en kinésithérapie et sur la difficulté qui réside dans la traduc-



Laurent KOSTUR,
Hôpital de Brabois Enfants
CHU de Nancy (54).

FRANCO & FILS

C O N C E P T E U R

DEPUIS 1955

N°1

TABLE ÉLECTRIQUE

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.

CATALOGUE SUR DEMANDE

LONGEVITÉ :
Articulations montées sur paliers anti-usure.

FINITION :
Poudre Polyester ; Epoxy cuite au four à 200°C.





Z I. RN7 58320 POUQUES-LES-EAUX Tél. 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

■ FORMATION

L'Apprentissage Par Problème

Une autre approche de la formation.

Quel formateur aujourd'hui ne prône l'autonomie de l'étudiant dans l'acquisition de compétences et la nécessité de renforcer le raisonnement de cet apprenant qui est au centre du dispositif de formation ? Ce discours n'est pas nouveau, mais nous sommes bien souvent confrontés à des difficultés de proposer un panel d'outils didactiques permettant prendre le chemin de la professionnalisation.

L'apprentissage par problèmes (APP) est spécifiquement une approche par compétences dans laquelle l'étudiant est en perpétuelle action dans le processus d'apprentissage. Elle s'inscrit dans le courant de la psychologie cognitive et du constructivisme.

L'APP est à différencier de l'*étude de cas* ou de la *résolution de problèmes* car le but n'est aucunement la recherche de solutions mais bien de former à la démarche hypothético-déductive. Le dispositif APP comporte 3 phases découpées en 10 étapes qui se succèdent dans l'alternance de travail en groupes (10 personnes maxi) et de travail individuel. Elles peuvent être résumées ainsi :

• Phase 1. Travail en groupes :

- étape 1 : lire le problème (clarifier les termes et les données) ;
- étape 2 : définir le problème (lister les phénomènes demandant une explication) ;
- étape 3 : proposer des hypothèses d'explication ;
- étape 4 : organiser les hypothèses ;
- étape 5 : formuler des objectifs d'apprentissage.

• Phase 2. Travail individuel :

- étape 6 : recherche d'information, maîtriser l'information.

• Phase 3. Travail en groupes :

- étape 7 : faire la synthèse de l'information recueillie, l'appliquer au problème ;
- étape 8 : soulever un point de curiosité scientifique ;
- étape 9 : bilan du travail du groupe ;
- étape 10 : bilan individuel.

L'étudiant contextualise, décontextualise et recontextualise.

Construire un problème dans l'APP est une étape capitale. Il est important de partir de situations concrètes où la problématisation est complexe. Un bon problème serait par exemple une pathologie relevant de l'exemplarité pédagogique où les connaissances seraient transférables à d'autres situations, recontextualisables.

L'apprentissage est essentiellement basé sur l'acquisition de compétences. Il s'agit pour l'équipe d'animateurs formateurs et/ou experts, de construire des cas permettant de déboucher sur des hypothèses probables à découvrir par les étudiants. Chaque cas doit être l'occasion de pouvoir explorer différentes pistes et parcours d'apprentissage où l'interdisciplinarité prendra tout son sens.

Après un consensus établi entre les formateurs et justifié par une recherche documentaire précise, toutes les hypothèses de solutions avec la liste d'objectifs d'apprentissage correspondants sont répertoriés et reportés dans un guide destiné aux animateurs. La phase de rédaction du problème est minutieuse et précise car les étudiants devront après avoir explicité les termes complexes, être capables d'identifier et formaliser ce problème.

Pendant les séances de groupes, 4 élèves se répartissent le rôle de secrétaire, scribe, intendant et animateur. Il est établi un travail collaboratif entre le tuteur enseignant et l'animateur étudiant. Le tuteur formateur est co-animateur, il assiste et aide ce dernier quand des réajustements se révèlent nécessaires. L'interactivité entre les membres du groupe est ainsi optimisée, une véritable dynamique d'équipe s'instaure. L'autonomisation et la responsabilisation des formés prend tout son sens avec la nécessité de s'exprimer devant le groupe, d'apprendre à s'organiser dans le travail individuel et la recherche d'informations.

Au cours des séances, il s'agit de décroiser les disciplines, de clarifier les étapes de l'apprentissage en tenant compte de la diversité des représentations de la connaissance, de prioriser la démarche réflexive et faire acquérir un mode de raisonnement basé sur l'abstraction. Cela permet la mise en lien des connaissances dites fondamentales et leur application au domaine de la santé.

Toute erreur d'appréciation du problème exprimée par un étudiant est l'occasion de mener une réflexion sur la démarche, d'identifier l'information erronée stockée dans la mémoire à long terme, d'analyser sa typologie afin de donner de nouveaux points

d'ancrage aux savoirs.

Utiliser l'APP permet de s'éloigner des modèles anciens de programme de formation. Plus riche que l'approche par *résolution de problème*, l'APP permet à l'étudiant de s'approprier la connaissance dans la réalité pratique "tout problème n'a pas de solution". On développe la démarche de problématisation et non uniquement de résolution.

Le but est bien de poser les vrais problèmes professionnels permettant de modéliser la complexité. Pour avoir appliqué l'APP au domaine de la kinésithérapie, force est de constater la dynamique développée tant dans l'équipe pédagogique que du côté des apprenants. Même si la supériorité de l'APP par rapport à la méthode traditionnelle n'est pas prouvée, il s'est opéré un réel changement du rapport au savoir.

Enfin, cette démarche s'inscrit parfaitement dans le processus de l'évaluation des pratiques professionnelles développée par la HAS.

Références

Albanese MA. Mitchell S. Problem-based learning : a review of literature on its outcomes and implementations issues. Acad med 1993;68: 52-81.

Barrows HS. A taxonomy of problem-based learning methods. Medical education 1986;20: 481-6.

Berkson L. Problem-based learning : have the expectations been met. Acad med 1993;68: 79-88.

Gilhooly KJ. Cognitive psychologie and medical diagnosis. App cogn psychol 1990;4: 261-72.

Iglesias J. L'apprentissage par problèmes dans la formation pédagogique initiale. Perspectives, vol XXXII 2002 ;3.

d'Ivernois JF. Guide de construction APP. Université Paris XIII, Département de Pédagogie des Sciences de la Santé ; 1994.

Pochet B. The "Problem-based learning", une révolution ou un progrès attendu ? Revue Française de Pédagogie 1995 ;111 :95-107.

Savery JR. Duffy T. Problem-based learning: an instructional model and its constructivist framework. Educational Technology 1995. 35,5:31-8.

Schmidt HG. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. Medical education 1993;27: 422-32.

Sviniki, Marilla. Practical implications of cognitive theories in New direction for teaching and learning.n°45, 1991. Traduction Hivon R. 1994.



Josette PEYRANNE,
Responsable de la Chronique.
josette.peyranne@croix-rouge.fr

Cadrekine.net

Les IFMK et Internet.

La formation devient un marché international et les IFMK entrent dans une compétition européenne avec le processus de Bologne en perspective. La présentation des IFMK sur Internet avec le contenu des cours, les structures d'accueil, la description du corps enseignant est une carte de visite que les étudiants vont consulter...

En allant sur le site du réseau européen des IFMK, nous constatons que les sites Internet sont pour la plupart dans la langue du pays et en anglais (comme demandé pour le processus de Bologne) et contenant des informations variées pour aider l'étudiant à faire son choix (<<http://www.enphe.org/emc.asp?pageId=246>>).

Nous avons collecté et classé dans un tableau les sites Internet des IFMK français (voir le tableau I à la page suivante).

Sur les 37 IFMK, seuls 21 ont une présentation Internet et tous en langue française. Deux IFMK présentent des sites assez complets : l'ADERF et Nancy. Nancy propose des cours accessibles en ligne et pas mal d'informations pédagogiques et de documents en ligne.

Les IFMK pour déficients visuels sont bien représentés (3 sur 4 ont des sites Internet et ils disposent d'informations spécifiques).

Le plus surprenant est de constater qu'à peine la moitié des IFMK français possèdent un site Internet et moins de dix ont fait l'effort de dépasser le simple copier/coller des textes officiels.

Lorsque l'on s'étalonne aux sites Internet européens, la France ne montre pas l'exemple.

Rendez-vous dans 5 ans pour voir les progrès.

NB : liens des sites obtenus par <KineScoop.com>, <kine-services.com>, <physiorama.com> ; au 14/11/2005.



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

Tableau I : Collecte et classement des sites Internet des IFMK français.

| Classement | Définition de la profession | Programme des études | Pédagogie | Infra-structure | Accès privé | Coût des études |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|
| ADERF | +/- | = | = (listes enseignants) | = | = | = |
| Nancy | = | =+pdf | = | / | / | = |
| Berck-sur-Mer | / | Listes des modules | +/- | =/photos | = | = |
| Alençon | / | Listes des modules | +/- | = | / | = |
| Villejuif | = | Listes des modules | +/- | = | / | / |
| Saint-Maurice | / | Listes des modules | +/- | = | / | / |
| APSAH Limoges DV | / | Listes des modules | +/- | = | / | / |
| Nord de la France | / | Listes des modules | +/- | / | = | = |
| Orléans | = | Listes des modules | / | / | / | / |
| Marseille | +/- | Listes des modules | / | / | / | / |
| Guinot DV | / | Listes des modules | / | / | / | / |
| Bordeaux* | / | Listes des modules | / | / | / | +/- |
| EFOM | +/- | Listes des modules | / | / | / | = |
| ESMKP Liège | = Vidéos | Listes des modules | / | / | / | / |
| Assas | Interview | / | = | = | / | / |

ENCADREMENT

L'évaluation des personnels de Santé. (suite)

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

Une des priorités nationales de la Santé est l'élaboration de réseaux. Parfois, des résistances sont constatées. La concertation entre les différents protagonistes peut s'avérer difficile, l'élaboration de la mise en forme des projets ardue et les moyens humains ou matériels compliqués à argumenter pour les obtenir.

Il s'agit de rendre plus efficient le système actuel, répondre à un besoin actuel d'organisation de notre système de santé. C'est surtout une culture différente à intégrer, pour encore plus travailler ensemble sans *a priori*, et développer pour certains la collaboration entre la ville et l'hôpital, indispensable pour des soins de qualité, éviter un grand nombre d'hospitalisation pour le facteur économique mais aussi éviter les "désamorçages" dont sont victimes les personnes âgées, introduisant des déficiences complémentaires évoquant le facteur humain.

Les soignants sont tous d'accord avec ce principe d'efficience, mais il faut peut être leur prouver que ce n'est pas ce facteur économique qui a poussé ces réformes mais un besoin de Santé Publique avec des moyens qui leur seront alloués.

Le soin ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital, le soin ne débute pas en ville... Le parcours du patient reste une continuité.

Pierre-Marie Noujarret est Cadre de Santé au Service de kinésithérapie de l'Hôpital Général à Dijon et nous renseigne sur son expérience "de mise en route d'un réseau bourguignon en neurologie".

En janvier 2006, les réseaux doivent être regroupés en grands thèmes : réseau cancer, réseau handicap. Mais à partir de 2012, il deviendra nécessaire de créer des réseaux de maintien à domicile ou d'hospitalisation à domicile.

Evidemment ces réseaux devront être pluridisciplinaires car le nombre de personnes âgées augmente et surtout la moyenne de vie est en constante croissance. Les gériatres prédisent qu'une

personne âgée de 85 ans sera hospitalisée pour sept pathologies lourdes et aura une espérance de vie de 10 ans.

Bien entendu, le coût induit par cette personne sera considérable. Il semble que l'univers hospitalier ne pourra assurer seul cette charge de prise en charge de patients. C'est pourquoi, les réseaux de maintien à domicile seront une nécessité.

Le système français de protection sociale se fait par répartition, mais vers les années 2012, seul 30% de la population sera active, il faudra prendre en charge cette population vieillissante à un moindre coût. C'est pourquoi, il semble nécessaire que le secteur libéral vienne en aide au secteur hospitalier afin de maintenir un niveau de soins de qualité.

Pour l'heure, il est très difficile de créer un réseau bourguignon de masseurs-kinésithérapeutes ayant cet objectif car la mentalité des libéraux et des étudiants, dont le nombre augmente d'années en années, n'est pas encore prête à ce type d'exercice.

L'expérience de **Jean-Pierre Bleton**, kinésithérapeute cadre supérieur et coordinateur Recherche en soins à l'Unité de rééducation, Service de neurologie au Centre Raymond Garcin du CH Sainte-Anne, concerne un réseau Recherche en neurologie.

Le "réseau dystonie" a été créé en février 2004. De vocation pluridisciplinaire, il est constitué de physiologistes, généticiens, statisticiens, épidémiologistes, cliniciens, neurochirurgiens et rééducateurs provenant de la majorité des grandes villes de France. Son fonctionnement est assuré par un financement INSERM et GIS maladies rares

Il est porteur :

1- de projets à court terme, en particulier génétiques et épidémiologiques, consistant à étudier la pénétrance de plusieurs gènes impliqués dans la dystonie.

Une banque de données commune, facile d'accès est mise en place.

2- de projets à moyen terme : l'un d'entre eux est de constituer un registre national des patients parkinsoniens stimulés permettant de déterminer le nombre de patients opérés, le nombre d'évènements graves, la durée de vie des piles, etc. Ce projet nécessite une collaboration active à la fois des neurologues et des neurochirurgiens.

3- L'objectif de ce réseau est également de diffuser les projets de recherche en cours aux équipes participantes afin d'augmenter les effectifs des patients pour chacune des études (en particulier pour les formes cliniques rares), de faciliter la réalisation des projets ; et de présenter des études proposées par les différentes équipes.

Membre du "réseau dystonie", Jean-Pierre Bleton a pu s'impliquer dans certains des projets de recherche, comme une étude épidémiologique cas-témoin sur les facteurs à l'origine de la crampe de l'écrivain (en cour de réalisation) et une étude sur la réorganisation de la représentation corticale de la main après rééducation, également dans le cadre de la crampe de l'écrivain et dont les références bibliographiques sont :

- Meunier S, Bourdain F, Bleton JP, Garnero L, Renault B Vidailhet M. Cortical Reorganisation after Behavioural Training in Writer's Cramp.

Neurology 60, March 2003 (Suppl 1) A467.

- Vidailhet M, Lehericy S, Meunier S, Garnero L, Bourdain F, Bleton JP, Delmaire C, Simonetta-Moreau M, Lourenço G, Cojan Y, Trocello JM, Marsault C, Renault B. Apport de l'imagerie fonctionnelle MEG et IRMf et la neurophysiologie dans la compréhension de la dystonie. Revue Neurologique Vol 160 - N° SUP 1 - Janvier 2004: 13-4.

Beaucoup de réseaux voient le jour à l'heure actuelle ; leur valeur n'est pas à démontrer. Notre investissement et notre engagement se doivent d'être à la mesure de l'ambition de leurs objectifs.



Véronique BILLAT,
Responsable de la Chronique.
biveronique@wanadoo.fr

LES SEPT MANOEUVRES FONDAMENTALES DE MASSAGE

Film réalisé par Jean-Michel Lardry
Directeur de l'IFMK Dijon



Le massage est une technique, c'est aussi un art et une science, aussi ancienne que l'histoire de l'humanité. Toutes les civilisations ont connu les bienfaits du massage, que ce soit dans un but esthétique, thérapeutique, hygiénique ou sportif.

Au fil du temps le massage s'est ainsi constitué d'une série de manœuvres fort nombreuses, voire illimitées dans leur réalisation.

Nous proposons dans ce film une classification des manœuvres fondamentales de massage établie à partir de recherches effectuées dans les écrits des auteurs anciens et contemporains.

L'étude, l'apprentissage et la maîtrise de ces 7 manœuvres fondamentales donnent les bases indispensables à la pratique du massage, quelle que soit la technique utilisée.

Ce document, présenté sous forme de DVD, est destiné aux étudiants et enseignants des Instituts de formation dans le cadre des cours de massage programmés en première année d'études. Il représente une première forme de polycopié "audio-visuel" permettant à l'étudiant et à l'enseignant d'identifier et de travailler, en dehors des cours de travaux pratiques, le geste adapté à la manœuvre de massage considérée.

Si vous souhaitez recevoir un exemplaire du DVD, s'adresser à :

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
Secrétariat
6B, chemin de Cromois
21000 DIJON
Tél : 03.80.65.84.00 - Fax : 03.80.65.34.89



PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis née le 22 août 1955 à Besançon en Franche-Comté, mais j'ai passé toute mon enfance dans le Morvan à Autun où j'ai obtenu mon bac en 1973. J'ai passé mon diplôme d'état de masso-kinésithérapie à Dijon en juin 1976 puis j'ai classiquement fait quelques remplacements, en particulier dans le Jura au cours d'un été caniculaire.

Puis, je suis rentrée au CHU de Dijon, pensant ne pas y rester. J'ai été pendant 3 ans dans le service de Rhumatologie et j'avais parallèlement une activité dans un service de soins externes. C'était la pleine époque du développement des techniques antalgiques pour les algies vertébrales.

Puis, je suis partie à Bois-Larris avec l'idée de faire de l'enseignement, bien loin de la vision que nous avons aujourd'hui du métier de cadre de santé. J'ai obtenu ce qui s'appelait à l'époque un certificat de Moniteur cadre de masso-kinésithérapie en juin 1980. Je pense *a posteriori* que c'est là aussi que j'ai contracté le virus de la recherche, même si je ne le savais pas encore. Je

suis ensuite rentrée à Dijon où je ne pensais pas rester longtemps, sachant d'ailleurs qu'il n'y avait pas réellement de poste et j'ai fait fonction pendant plusieurs années.

Comment avez-vous découvert la gériatrie ?

L'aventure gériatrique a commencé là : nous étions à une époque où on fermait les hospices en France. On "humanisait" à tour de bras, où du moins le pensait-on, et c'est dans cette dynamique à la fois sociale, administrative, architecturale et médicale que j'ai été aspirée.

La réorganisation des structures gériatriques - qui ne s'appelaient pas encore des filières - m'a amenée assez tôt à jouer un rôle de cadre dans l'organisation de l'équipe de la kinésithérapie, l'argumentation des postes, le lien et la crédibilité de la kinésithérapie.

J'ai continué comme la plupart des collègues à conserver une activité de soins et j'ai commencé une activité d'enseignement ; bien-sûr à l'IFMK de Dijon, mais aussi dans les autres écoles paramédicales. Durant cette période, la modification démographique et

épidémiologique commençait à se marquer à travers le profil des patients que nous accueillions. Intégrée dans une équipe médicale très impliquée dans cette discipline naissante, j'ai commencé à participer à la recherche clinique qui s'imposait face une population que nous connaissions mal.

Contrairement à ce qui a pu se passer dans d'autres équipes, on m'a grandement facilité le chemin vers la publication. En particulier dans les années 1985-86, nous avons commencé à publier sur le syndrome de régression psychomotrice. Dans ces mêmes années, nous avons lancé les ateliers équilibre dans le cadre de la prévention.

En 1990, grâce au fait que j'étais déjà impliquée dans une activité de recherche, j'ai passé un DEA (Sciences et techniques appliquées au handicap et à la réadaptation) sur le coût énergétique de quelques activités de la vie courante dans une population jeune et dans une population âgée. Cette première vraie confrontation à la recherche, aux laboratoires et à la publication dans les revues anglo-saxonnes a été une étape importante.

Puis j'ai passé un Doctorat en Sciences de la Vie en 1997, sur les effets du vieillissement sur l'organisation de la posture et du mouvement. Je pense passer l'habilitation à la recherche avant la fin de l'année.

Je n'ai pas souhaité depuis rejoindre l'université et j'ai préféré rester dans le centre gériatrique. Je continue à avoir un métier de cadre, une activité d'enseignement et, de plus, une activité de coordination de recherche qui concerne des médecins ou des non-médecins.

La partie strictement administrative de mon métier est celle qui me passionne le moins.

En gériatrie, quel est l'apport spécifique du kiné par rapport au professeur d'APA ?

Le débat sur la formation Activités Physiques Adaptées (APA) dépasse de loin la gériatrie, mais en ce domaine je pense qu'il y a une place pour les professionnels de l'APA, surtout dans le domaine de la prévention qui malheureusement reste assez peu développée.

Par contre, le sujet âgé malade nécessitant une rééducation au décours d'une phase de décompensation relève alors de la compétence du kiné. Une fois posé cet axiome simple, il faut considérer le développement récent en médecine gériatrique de multiples filières ainsi que dans le domaine médico-social et social l'émergence de multiples projets centrés sur le mouvement et destinés à améliorer la qualité de vie des plus âgés.

Nous avons ainsi été à l'origine du concept des *ateliers équilibre* qui est typiquement une action pouvant se décliner en prévention primaire, secondaire et tertiaire et au sein de laquelle une participation interprofessionnelle est certainement souhaitable.

Pourriez-vous expliquer le concept des ateliers équilibre ?

L'objectif initial était de diminuer le risque, la fréquence et la gravité des chutes par l'entretien et la stimulation de la fonction d'équilibration.

De 1992 à 1995, on a mené une campagne expérimentale : 10 à 14 personnes par groupe, 1 heure par semaine pendant 10 semaines, tests avec 12 items au début et à la fin des séances. Une enquête téléphonique suivait à 6 mois.

Projet qui concrétise et amplifie le travail élaboré par l'équipe de centre gériatrique de Champ-

maillot à Dijon depuis 1973. Dès 1989, s'est mise en place une équipe partenariale avec la CRAM.

En 1996 : signature d'une convention entre les différents partenaires.

Initialement, ces ateliers s'inscrivaient dans un objectif de prévention primaire pour les plus de 55 ans.

"*L'équilibre où en êtes-vous ?*" est un programme labellisé assurant la formation des animateurs d'ateliers.

Au début 2005, 10 550 personnes ont bénéficié des ateliers en Bourgogne.

Des bénéfices ont été démontrés : amélioration durable de la fonction d'équilibration, facilitation du relever du sol. On note aussi des intérêts dans la dimension sociale, avec des effets bénéfiques sur la qualité de vie.

La totalité du bilan sera bientôt disponible sur le site de l'ORS de Bourgogne.

Qu'est-ce que vous a apporté le doctorat ?

Le doctorat ne m'a rien apporté sur le plan statutaire, dans le sens où il n'y a pas de reconnaissance de ce diplôme à l'hôpital et mon choix a été jusqu'à présent de rester à l'hôpital.

Ce choix marquait en fait à la fois mon attachement à l'équipe à laquelle j'appartiens et en même temps le besoin de rester proche de la clinique.

Le plus grand bonheur en ce domaine est sans doute de passer en permanence du raisonnement de la recherche à des applications mêmes modestes dans les pratiques.

Par contre, cela m'a donné une certaine crédibilité dans les milieux universitaires et des possibilités d'enseignement.

Si de l'extérieur on peut penser que c'est beaucoup d'énergie perdue puisqu'il n'y a pas de valorisation des diplômes, c'est de mon point de vue une possibilité d'exercer mon métier de manière passionnante.

Je souhaite néanmoins que les kinésithérapeutes puissent accéder aux différentes filières universitaires de manière plus aisée et puissent s'ils le souhaitent exercer réellement en temps que chercheurs.

Comment trouvez-vous la littérature kiné par rapport à d'autres disciplines (médical, gérontologique, etc.) ?

Bien-sûr nous n'avons pas en France de revue indexée, mais c'est aussi le cas de la gériatrie et de beaucoup de revues médicales.

Néanmoins, je pense que notre presse a fait beaucoup de progrès, permettant tout à la fois la publication de papiers techniques et d'études souvent bien étayées.

La progression de la qualité de nos revues est directement liée à la progression de la recherche qui par définition conduit à la publication.

Il faut donc à mon avis continuer à progresser en ce sens et former les étudiants au maniement de la bibliographie. Compiler des données, les analyser, rédiger un papier rentre dans le cadre d'une démarche dont il faut connaître les règles bien sûr, mais il faut aussi en avoir le goût.

Je crois que nous avons le devoir de faire naître cette envie chez les plus jeunes.

■ du PASSÉ au PRÉSENT

Le présent et le passé, sources d'enjeux et d'exemples.

Une matière médicale disqualifiée

La connaissance du présent fournit un "réservoir de problématique, de concepts ou d'enjeux" ; elle nous conduit à une interrogation sur l'évolution sociale et scientifique du métier et par conséquent sur son identité.

Depuis une dizaine d'années, on assiste à des transformations de la profession de masseur-kinésithérapeute tant sur le plan de formation que sur celui de l'exercice. Elles sont à l'origine de réflexions sur notre investissement et nos intérêts professionnels d'acteur engagé devant un renforcement de l'encadrement étatique (parution de nouveaux textes réglementaires) qui bornera le champ de la kinésithérapie dont les frontières sont restées floues et perméables depuis la création du diplôme en 1946.

De 1985 à 1995, les autorités de tutelle d'un côté, imposent un regroupement des différentes professions paramédicales par une organisation et une structuration commune, voire identique, applicables à tous les métiers paramédicaux dans des structures de soins (qui participent à la légitimation de certaines pratiques spécialisées) ; de l'autre elles concourent à l'émergence d'une autonomie fonctionnelle du métier dans les activités libérales.

Ce regroupement s'articule autour trois axes :

- une lutte contre l'exercice illégal en segmentant les activités et en définissant les actes professionnels de chaque métier paramédical ;
- une domination des auxiliaires par des médecins spécialistes ;
- une uniformisation de la formation des métiers existants.

Cette approche assure le renforcement de l'autorité du ministère de tutelle qui ne souhaite exercer son monopole de contrôle des professions paramédicales au profit d'autre ministère, notamment en ce qui concerne la formation.

Dans cette logique, on relève deux tendances aux conséquences partiellement contradictoires. D'une part après avoir accepté et favorisé le développement de nouveaux métiers paramédicaux sans tenir compte de leur spécificité et l'importance de leur rôle social, l'Administration et le pouvoir médical

souhaitent les regrouper pour les raisons évoquées ci-dessus. De l'autre, la définition des actes propres à chaque métier tend à renforcer leur monopole sur la base d'une spécialisation étroite. Cet ancrage renforce la séparation institutionnelle des professions existantes et la confrontation avec la profession médicale qui cherche à maintenir et parfois étendre son monopole sur un ensemble d'activités aussi large que possible.

Le Conseil Supérieur des professions paramédicales (1973-1975), organisme consultatif paritaire qui a pour mission d'émettre des avis sur la formation et l'exercice des différentes professions paramédicales, va jouer pleinement son rôle dix ans après sa création. Son existence marque l'arrêt de la création de nouveaux métiers paramédicaux, mais aussi une volonté de leur accorder les mêmes caractéristiques, d'effacer les différences, de normaliser les formations et les exercices.

Il s'agit de limiter leur "atomisation" (S. Veil, 1975) en les centrant sur des catégories de fonction et en précisant le champ d'exercice de chaque profession paramédicale (liste des actes de chaque profession), et de leur octroyer un statut proche. Compte tenu de leur nombre, depuis quelques années, on les subdivise en quatre catégories de fonctions : soins, rééducation, appareillage et assistance technique.

Le rapport J. Vatié (1990) du Conseil Économique et Social, faisant suite aux revendications lancées par les personnels infirmiers des établissements de soins au cours des années 1988-1989, confirme la nécessité d'un rassemblement des différents groupes professionnels en fonction des activités. Ces groupes sont disposés comme des outils techniques à la disposition du corps médical pour exercer des activités complémentaires afin d'éviter que ces auxiliaires ne soient en concurrence avec les médecins.

C'est ainsi que la profession de masseur-kinésithérapeute va être rejointe et confondue avec d'autres professions auxiliaires de la médecine sous la dénomination de "métiers de rééducation".

La création d'un diplôme de *cadre de santé* unique pour 14 professions paramédicales répond ainsi à la volonté exprimée par le ministère de tutelle de regrouper les professions paramédicales et de leur proposer une formation unique de "cadre".

Ce diplôme se substitue au certificat de *moniteur cadre de masso-kinésithérapie* dont la mission était entre autres "la formation de professionnels capables notamment d'enseigner la kinésithérapie dans les écoles et d'en contrôler l'application en service hos-

pitalier”.

La suppression des écoles des cadres de kinésithérapie interdit le processus de socialisation professionnelle et de construction de l'identité au même titre que l'acquisition des habiletés techniques renforcées par le caractère réservé de cette formation aux salariés. La production de savoir et son contrôle étant au centre de tout processus de professionnalisation du métier, l'accroissement du savoir et son enseignement par des professionnels sont donc de fait limités.

Ce type d'organisation permet ainsi à l'autorité de tutelle de contrôler les différents métiers et de limiter toute concurrence et conflit avec le corps médical en réduisant toutes spécificités, notamment dans les structures institutionnelles qui privilégient l'équipe pluridisciplinaire au détriment des particularismes professionnels.

Le regroupement des différents métiers protège et donne poids au groupe le mieux placé sur le marché institutionnel dont la mission est reconnue indispensable pour le fonctionnement des établissements hospitaliers : les infirmiers(ères) ; cette spécificité confère au groupe infirmier, une position dominante.

La Kinésithérapie.

L'importance du champ d'activité, la liberté d'application du massage et de la gymnastique médicale et de certains agents physiques, la forte implantation en ville, contrastent avec la situation des autres métiers de rééducation, de soins et médico-techniques au champ très spécialisés et encadrés par des médecins spécialistes.

Le positionnement de ce professionnel est singulier : d'un côté, il est dominé par les institutions et la profession médicale ; de l'autre, il réunit les attributs de la profession établie.

On s'accorde pour admettre que plusieurs indices signalent la tentative de constitution d'une profession à la recherche d'autonomie, telle la présence d'un code de déontologie (création d'un Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes en 2006), la définition des actes professionnels en 1985, la création en 1993 d'une Association pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie), la reconnaissance de la valeur sociale du service rendu, une codification des savoirs. L'acceptation d'un code de déontologie permet d'échapper “au contrôle de l'État ou d'une juridiction non professionnelle et à la fois de régler la concurrence entre les praticiens et le prix de l'autonomie relative accordée à une pro-

fession”.

Particulièrement développée en médecine de ville, intervenant dans de nombreuses spécialités médicales et en médecine de rééducation, la Kinésithérapie possède une place à part entière comme une branche de médecine pratique de la médecine et de la santé. Son antériorité et la maîtrise d'un savoir pratique spécialisé constituent la base d'une médecine manuelle et renforcent sa légitimité.

Mais l'exercice de ce professionnel est proche de celui du médecin, partageant l'intimité et le dialogue singulier avec le patient. La connaissance de savoirs médicaux, complétée par la pratique d'une thérapeutique manuelle, risque de placer le praticien dans un éventuel champ de concurrence avec le médecin.

L'interprétation du processus de la construction du massage, de la gymnastique médicale, de la kinésithérapie, de la rééducation, des pratiques physiothérapeutiques sont solidaires. On peut se demander comment ces techniques et méthodes, ces savoirs et savoir faire, sont devenus “médicaux” et délégués à des auxiliaires des médecins.

Se pose alors la question de l'étude historique de cette matière médicale et de ses savoirs associés. Le présent stimule une histoire régressive (Marc Bloch) pour retrouver les moments nodaux de l'histoire de la Kinésithérapie. Elle est étroitement liée à une méthode de recherche que nous souhaitons inscrire dans le cadre d'une analyse socio-historique de l'émergence de cette discipline, de son pronostic et de son échec comme discipline médicale.

La Kinésithérapie : socio-histoire d'une spécialiation médicale impossible.

Il existe aujourd'hui une “discipline” : la Kinésithérapie, activité humaine qui a sa place dans les structures de distribution de soins publiques et privées et en médecine de ville, ses écoles, ses recueils, ses associations professionnelles, ses colloques ; science sociale spécialisée qui regroupe un ensemble de pratiques médicales : le massage, la gymnastique médicale, la kinésithérapie, la rééducation, activités qu'exercent des professionnels non médecins.

L'histoire de ces savoirs engage à étudier les conditions sociales de production des vérités scientifiques. Se pose alors la question de l'émergence ou non d'une discipline nouvelle. Le passé nous intéresse car il tente d'établir des faits, mais aussi comme “passé du présent” qui permet de mettre en perspective et d'étudier “les contradictions et les luttes qui font qu'elles ont une histoire” éléments consti-

tutifs de notre travail.

L'histoire d'une discipline : la Kinésithérapie, une matière médicale ?

Pour l'historien d'une discipline, le risque est de s'exposer à en faire "l'histoire récurrente" (Marc Bloch, 1993) et à chercher dans le passé ce qui ressemble à la science d'aujourd'hui. Il trouverait ainsi la même science qu'aujourd'hui "mais pré-scientifique incomplète ou prémonitoire".

Allant du plus obscur au plus clair, de la Kinésithérapie d'autrefois à ce qui ressemble à celle du présent, on risque, de succomber aux dangers de l'anachronisme. S'en tenir là, présente des inconvénients, notamment ceux d'établir des faits qui ressemblent à des anti-quités et de transformer le travail en une manœuvre d'érudition.

Il faut donc replacer les œuvres concernées dans le contexte qui leur donne du sens. De plus, l'objet n'est pas immuable et les objets changent par le fait même du cours de l'histoire ; la Kinésithérapie lors de sa constitution n'est pas celle que nous connaissons actuellement.

Celle d'aujourd'hui n'a pas été seulement produite par la science médicale du passé et la Kinésithérapie du passé n'a pas produit seulement la Kinésithérapie d'aujourd'hui. Il est donc difficile de reconstituer le rapport initial d'une discipline en cours de constitution et avec un objet que nous connaissons.

L'enquête historique tient à ce que la fabrication d'une discipline nouvelle est le fait d'hommes aux statuts différents et venant de lieux différents dont les itinéraires biographiques et les analyses de certains de leurs travaux contribuent au surgissement de la discipline.

La Kinésithérapie s'inscrit à un moment capital de la consolidation du champ médical où l'art de guérir doit répondre à des besoins sociétaux de soins efficaces, pour justifier l'exclusivité de la distribution des soins (Loi sur l'exercice médical, 1892).

Les "trois médecines" hygiénique, expérimentale et anatomo-clinique ont laissé la thérapeutique dans l'ombre, voire l'ont négligée car l'élite médicale paraissait majoritairement réservée sur la place qu'il convient d'accorder aux moyens de guérir les maladies, notamment par le recours aux médicaments : la plupart des maladies n'ont pas de traitement efficace. L'articulation des trois modèles de médecine, va progressivement favoriser l'émergence d'une médecine thérapeutique c'est-à-dire la partie de la médecine qui étudie et met en application les moyens propres à guérir et à soulager les malades.

C'est dans ce contexte que pénètre progressivement dans le champ médical l'application du mouvement à la Thérapeutique, massage et gymnastique médicale présentant l'avantage sur les autres agents (chimiques et physiques) de ne rien faire ingérer aux malades.

Il met en jeu des processus sociaux complexes et met en scène des pratiques populaires, apparemment séculaires les manipulations, le reboutement, le magnétisme, le massage, l'orthopédie assurées en grande partie par des guérisseurs des aides des médecins ou de bonnes

■ OFFRES D'EMPLOI

† Le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Clair-Séjour (Fondation Hopale) à Bailleul (59) recrute :

1 Masseur-Kinésithérapeute chef de groupe,

pour remplacement (CDD de 11 mois).

Établissement PSPH de 70 lits, situé dans les Flandres à 20 minutes de Lille, spécialisé en traumatologie et rhumatologie.

Équipe de rééducation : 8 kinés + 2 ergos + 1 AS.

Professionnel de terrain, vous aurez pour mission en partenariat avec le Cadre Rééducateur de promouvoir la qualité des soins au sein d'une équipe jeune et dynamique, de participer à la certification et à l'encadrement des stagiaires sur un plateau technique moderne et performant doté de balnéothérapie.

Possibilité de CDI à l'issue du remplacement car prévisionnel d'extension de l'établissement, avec création de 60 lits supplémentaires dans le secteur neurologie.

Renseignements complémentaires, lettre de candidature et CV à adresser à :

Véronique Sadlo

C.R.F. CLAIR-SÉJOUR

65, rue Neuve Église

B.P. 89

59270 BAILLEUL

Tél : 03 28 43 49 00

Fax : 03 28 43 49 01

vsadlo@hopale.com

www.hopale.com

volontés, voire des médecins déclassés.

L'usage de ces pratiques en médecine pose un dilemme :

- Délaissées par le corps médical, considérées comme indignes de lui et pour certains médecins faisant déchoir la médecine, elles portent "*un parfum de charlatanisme parce que le public a été longtemps exploité par des individus ignorants et cupides*". De plus, sous ce vocable, se cache parfois la prostitution.

- Prescrites par des praticiens de ville malgré le risque de concurrence et promues par quelques spécialistes novateurs, ces méthodes assurent une médicalisation du public en participant aux soins, à un moment où le Doyen de la Faculté de médecine, le Pr P. Brouardel (1887-1901), dénonce la pléthore médicale, la paupérisation de la médecine et le développement des spécialités.

Comme les sciences sociales, la naissance de la Kinésithérapie a lieu au 19^{ème} siècle, plus précisément à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle.

La genèse de la Kinésithérapie s'étend entre des dates symboliques des leçons du Dr Dujardin-Beaumetz sur l'Hygiène thérapeutique à l'Hôpital Cochin en 1887, à la Guerre de 1914-1918 et à ses conséquences qui placent l'État dans une dynamique de réparation en œuvrant pour la réadaptation professionnelle des blessés de guerre après des soins adaptés à leur réinsertion dans les services de mécanothérapie et de physiothérapie créés à cet effet.

En fait, l'histoire de la Kinésithérapie s'étend sur un court espace et pourrait se décrire en deux vagues successives.

La première atteint son intensité maximale avec une montée en puissance dans les années 1905 avec le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, bornée lors des années 1888-1905 où la présence de la jeune Société de Kinésithérapie (1899) est primordiale lors des débats qu'il a entraî-

nés.

Une seconde vague naît ensuite, elle trouve sa force dans les années 1905-1910 où la Kinésithérapie est associée avec une autre discipline médicale : l'Électrothérapie (Société d'Électrothérapie, 1880) en voie d'émergence pour constituer la Physiothérapie qui réunit un congrès exceptionnel à Paris en 1910, le 3^{ème} Congrès international de Physiothérapie sous la présidence du Président de la République.

Vaste chantier qui rassemblera l'application thérapeutique de tous les agents physiques : l'air, l'eau, l'électricité, la lumière et le mouvement.

Bornée par les dates de 1885-1914, la Kinésithérapie décroît et s'efface de la position institutionnelle médicale pour devenir une activité transférée et réservée à des auxiliaires dont certains sont porteurs d'un handicap physique : les aveugles à la recherche d'un travail.

C'est aussi le moment où le corps médical institutionnalise la présence d'aides (les infirmières) techniques formés aux méthodes modernes de soins telles que l'asepsie, l'antisepsie, l'anesthésie et la chirurgie a rendu indispensable.

La Kinésithérapie retrouve position au sein d'un groupe de professionnels masseurs clairvoyants et aveugles, centré autour d'écoles privées de massage dirigées par des médecins entrepreneurs, qui cherchent à faire attribuer le monopole du massage à leurs élèves, auxiliaires dévoués et reconnaissants, pour une activité symbolique médicalisée.

Dans le prochain numéro, nous pourrions ainsi nous interroger sur le processus de disqualification dans le monde savant de ces pratiques.



Jacques MONET,
Responsable de la Chronique.
jacques.monet@aderf.com

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

53 Masseurs-Kinésithérapeutes en formation Cadre de Santé cette année :

Aix-en-Provence : 2 - Amiens : 1 - Bois-Larris : 3 - Bordeaux (Pessac) : 1 - Grenoble : 2
Lille (La Catho) : 2 - Montpellier : 10 - Nancy : 4 - Nantes : 5 - Paris (AP/HP) : 5
Paris (C.R.F.) : 11 - Rouen : 2 - Saint-Étienne : 4 - Strasbourg : 1

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 :

CALI,

L'amour parfait.

J'ai si peur
De continuer le chemin seul
Le bonheur
S'aggrave trop mal aux gens seuls

Et j'implore
Oui j'implore
De voir surgir enfin l'amour
Ses lèvres rouges
Qui viendront bouffer
Mes lèvres je suis
Affamé assoiffé
De l'amour le plus parfait
Ne pas partir
Non, ne pas partir
Sans avoir connu l'amour parfait

Et j'attends
Oui, et j'attends
Que prenne le feu qui dévore le ventre il paraît
Que l'on rit que l'on danse
Que l'on pleure pour rien d'autre que le pur bonheur
Il paraît

Est-ce toi
Est-ce bien toi
Tes pieds n'ont pas eu peur
De fouler les braises
Jusqu'à moi
Cette fois
Alors l'état de grâce ressemble donc à ça
Si le prix à payer
Est de mourrir étouffé de chagrin on s'en fout
Ça vaut le coup
D'oser s'aimer maintenant peut être trop fort
Mais d'y croire jusqu'au bout.

OFFRES D'EMPLOI

L'Institut de Formation de Cadres de Santé du CHU de Nancy (54) recrute :

1 cadre-supérieur formateur.

Profession recherchée : kinésithérapeute ou ergothérapeute ou diététicien.

Profil requis :

- Diplôme CdS ou équivalent ;
- DU management ou pédagogie ;
- Expérience de cadre de santé en service clinique ;
- Expérience de cadre de santé en formation initiale ou continue.

Candidature à adresser à :

Mademoiselle Hannion
DIRECTION DES ÉCOLES

1, rue Joseph Cugnot
54000 NANCY

Tél : 03 83 18 48 40 - Fax : 03 83 18 48 44

ifcs@chu-nancy.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

■ L' A.F.R.E.K.

Éducation. Évolution ou révolution ? Les directives européennes passées et à venir. Maîtrise et Doctorat, le charivari.

Pourquoi s'alarmer des trois années pour une Licence ? C'était une évidence, car les MK français sont formés en 3 ans, et l'échéance des 3 années n'a pas été choisie au hasard, elle correspond à notre formation de base. Bien sûr, vont se côtoyer les "Licences" obtenues après 9 ans de labeur (3 ans d'études MK, 5 années de service, 1 an d'études de CSK), et les titulaires en 3 ans. Que faire ?

Maîtrise professionnelle ?

Maîtrise généraliste ou professionnelle ? Le débat n'est pas achevé, il y a du pour et du contre dans les deux cas – un repère : *que désirent les fossoyeurs des écoles de cadres pour kinésithérapeutes ?* Cela mérite réflexion, si l'on refuse de les suivre aveuglément une seconde fois.

Europe contre France ?

Il sera difficile de convertir l'Europe à notre "exception française" (études de base en "instituts" d'enseignement technique) – pourquoi s'obstiner ?

Mieux vaudrait obtenir une réelle intégration à l'Université, comme en Espagne, ce qui ouvrirait la voie de la Maîtrise et du Doctorat. S'orienter vers une solution bâtarde suppose que les tenants du LMD oublieront leur réforme, mais l'Europe ne lâchera pas prise, si l'on en juge par le passé.

Les vagues successives d'Européanisation

La première vague d'Europe voulait :

1. supprimer les écoles d'infirmiers psychiatriques ;
2. supprimer les écoles de cadres pour infirmiers psy ;
3. supprimer les écoles de cadres spécifiques pour MK.

Tout a été fait. L'Europe faisait remarquer que les sage-femmes (profession médicale en France) n'existent pas ailleurs, où les accouchements sont faits par des infirmières spécialisées (*midwives*).

En ne faisant pas attention aux intentions ultimes, on aboutit à la situation actuelle (voir plus bas).

Les confrères qui désiraient étrangler les Écoles de Cadres Kinésithérapeutes (E.C.K.) ont utilisé à l'époque l'argument "européen".

Aujourd'hui, les mêmes personnes sont entrées en résistance, car la mise en œuvre des directives européennes n'est plus dans leur intérêt. Mais doit-on les croire ?

Les personnes qui résistent pour des raisons corporatistes sont celles qui disaient naguère "*nous faisons tous le même métier*" (laborantins, manipulateurs radio, diététiciens, orthos, ergos, kinés, et autres ??).

Sages-femmes et services à l'échelle de l'Europe

Les Directives européennes ont pour but d'ouvrir le grand secteur des "services", ce qui comprend les para-médicaux.

Alors est apparu le "*midwife service*", à partir de la Hollande. Ce service payant (mais abordable) offrira sans doute l'accouchement au domicile ; et comment ne pas se laisser séduire quand tant de maternités de proximité sont fermées ?

Les *Midwives* anglaises ont beau protester, la directive européenne demeure.

Les consommateurs bénéficieraient de prix plus bas, grâce à la concurrence. Pourquoi ne pas considérer tous les para-médicaux, qui "font le même métier" nous a-t-on dit ?

Quant à savoir ce que signifie la phrase "*all deliveries fully insured*", allez savoir ! Nous répondons "*caveat emptor*".



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

DOCUMENTATION

Il n'y a pas de recherche documentaire parfaite...

Lorsque que l'on souhaite faire un état de l'art concernant une technique pour rédiger un article, ou tout simplement se faire un opinion sur cette même technique pour sa pratique quotidienne, une recherche documentaire (souvent effectuée sur Internet) est indispensable.

Or toute recherche documentaire, avec la meilleure volonté du monde, rencontre de nombreux obstacles dans sa réalisation et les résultats obtenus sont parfois loin d'être satisfaisants.

On peut palier à certains d'entre eux certes, mais il faut aussi savoir accepter qu'une recherche reste incomplète ou même parfois vaine.

L'objet de ce papier est de rappeler quelques situations typiques afin de rassurer la personne amenée à effectuer elle même une recherche documentaire :

Tout d'abord les sources documentaires : on peut se rendre compte que les bases de données documentaires gratuites ne sont pas pertinentes (Pubmed par exemple n'indexe que peu de revues de kinésithérapie), et que les bases plus pertinentes sur le sujet (CINAHL par exemple) ont un accès payant. À vous de juger si la dépense est nécessaire...

Ensuite, l'exhaustivité : comment être certain que l'on n'est pas passé à côté d'une étude importante. On peut se rassurer en se disant que si l'on possède une bonne revue de littérature ou méta-analyse récentes, la bibliographie de ces articles doit mentionner très certainement les grandes études...

Par ailleurs, on a entendu parler d'un rapport récent (la littérature grise) exactement sur le sujet traité, mais on ne sait comment le retrouver : là, c'est l'expérience d'une documentaliste qui servira...

Une situation est fréquente : on a beaucoup de littérature (mélange d'avis d'auteurs ou d'experts, d'études diverses, etc.), et on ne sait pas très bien faire le tri : dans ce cas il vaut mieux de référer aux guides méthodologiques d'analyse de littérature pour s'assurer de leur validité.

On peut également trouver des études intéressantes dans Pubmed : MAIS la langue de publication est très exotique (suédois danois...) ! et on n'a que l'abstract en anglais ! Il est toujours possible alors de contacter l'auteur (son mail est mentionné dans la notice Pubmed) pour lui demander des détails sur son travail, et même une traduction...

Parfois les études publiées sont excellentes, mais ne correspondent pas exactement à la population que l'on étudie : là c'est à vous de juger si une extrapolation est possible !

Je termine par l'absence de littérature publiée : cela peut arriver, et là soit on se résigne, soit en désespoir de cause on essaie de recenser et contacter les équipes susceptibles de mener ou d'avoir mener des essais sur le sujet (retrouver les experts...).

Cet article vous amènera peut être à lister les problèmes rencontrés : n'hésitez donc pas à poser vos questions et faire vos commentaires dans le courrier des lecteurs.



Emmanuelle BLONDET,
Responsable de la Chronique.
e.blondet@has-sante.fr

LA QUESTION NAÏVE

*Quelles seront les relations
entre le cadre du service
et le Conseil de l'Ordre ?*